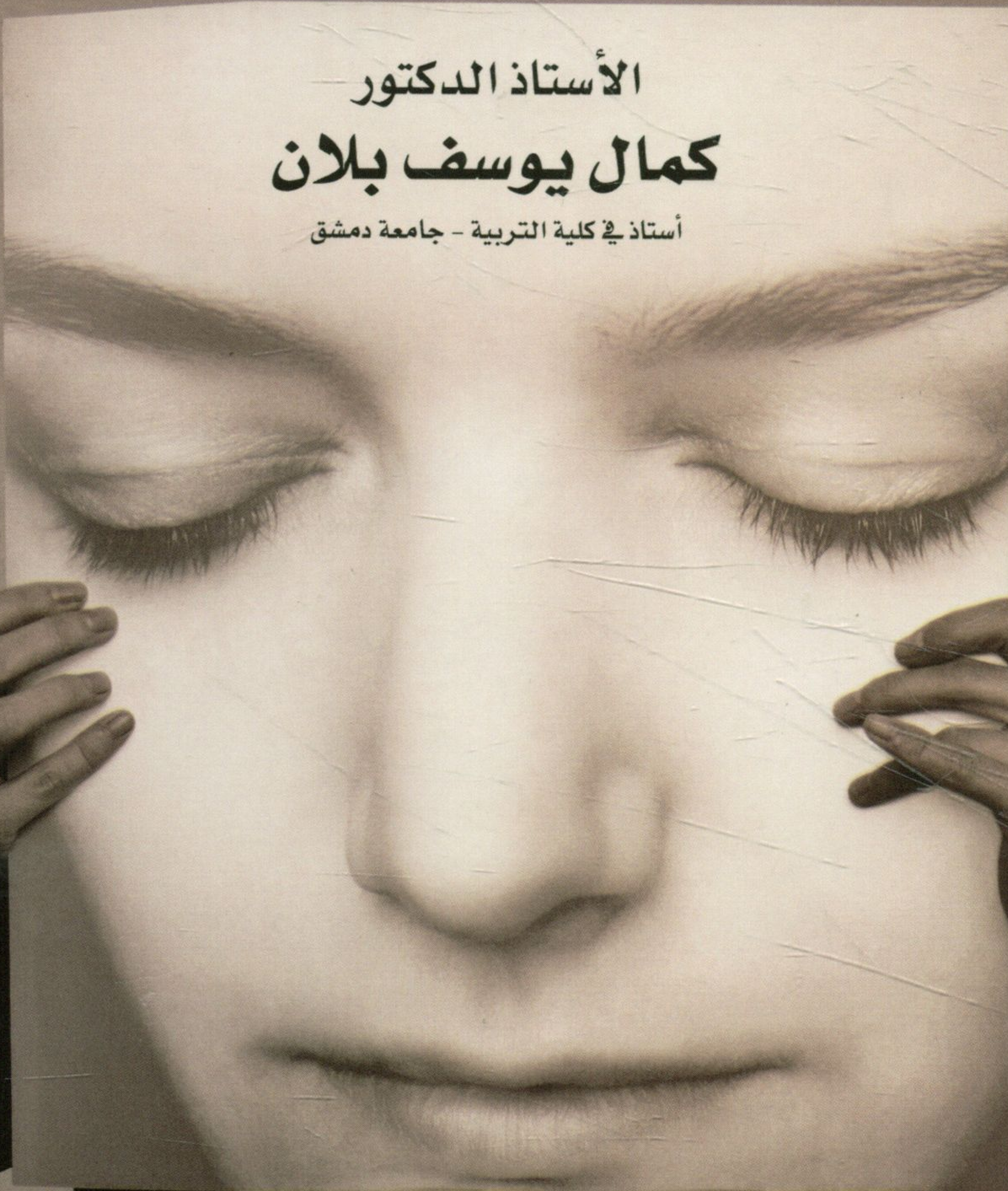
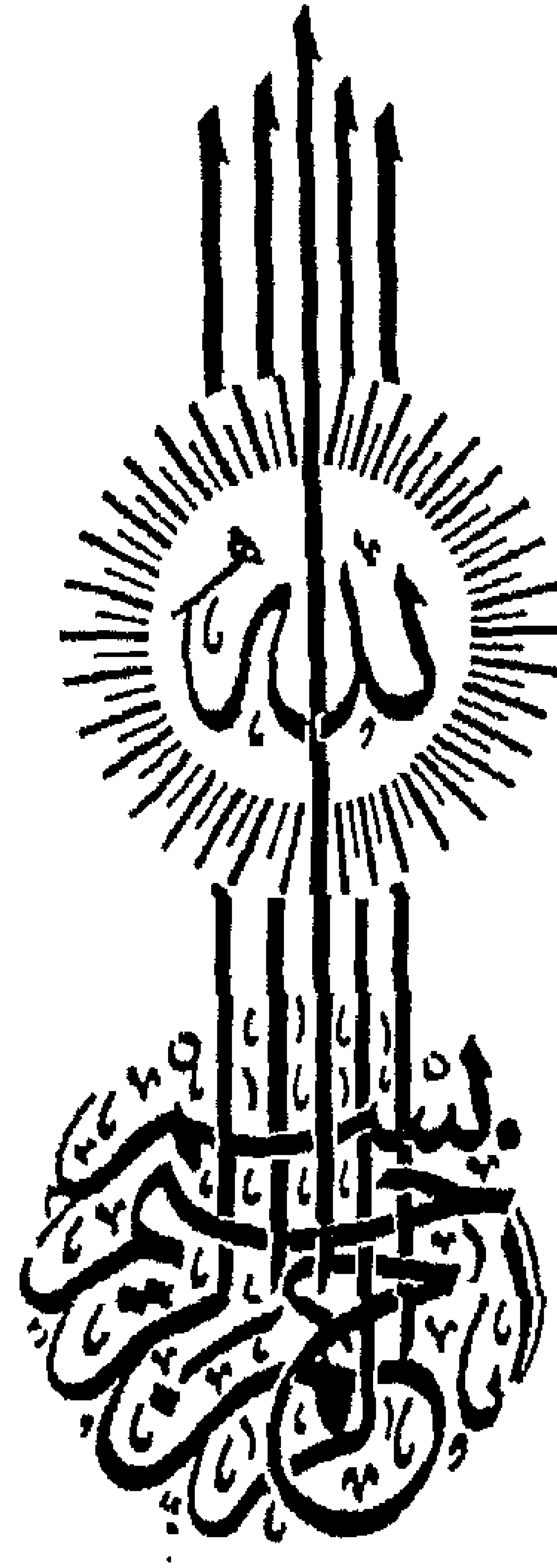
نظريات الإرشاد والعلاج النفسي

الأستاذ الدكتور
كمال يوسف بلان
أستاذ في كلية التربية - جامعة دمشق







نظريات

الإرشاد والعلاج النفسي

نظريات
الإرشاد والعلاج النفسي

تأليف
الأستاذ الدكتور
كمال يوسف بلان
أستاذ في كلية التربية جامعة دمشق

الطبعة الأولى
2015م - 1436هـ



رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (2014/4/1829)

616.8914

بلان، كمال يوسف

نظريات الإرشاد والعلاج النفسي/ كمال يوسف بلان.- عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، 2014

( ) ص

ر.إ. : 2014/4/1829

الواصفات: /الإرشاد//العلاج النفسي/

• يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى.

الطبعة العربية الأولى

2015م – 1436هـ



الأردن – عمان – وسط البلد – شارع الملك حسين
مجمع الفحيص التجاري
هاتف: 96264646208+ فاكس: 96264646470+
الأردن – عمان – مرج الحمام – شارع الكنيسة – مقابل كلية القدس
هاتف: 96265713906+ فاكس: 96265713907+
جوال: 797896091 – 00962
info@al-esar.com – www.al-esar.com



ISBN 978-9957-586-63-8 (ردمك)

المحتويات

الموضوع	الصفحة

الفصل الثالث

النظرية السلوكية

الفصل الرابع

نظرية الجشطالت

الفصل الخامس

النظرية الانتقائية

الفصل السادس

وليامسون ووجهة نظر مينيسوتا

في الإرشاد النفسي

الفصل السابع

النظرية العقلانية - الانفعالية

الموضوع	الصفحة

الفصل الثامن

الإرشاد المتمركز حول المسترشد

الفصل التاسع

نظرية السمات والعوامل

الفصل العاشر

الإرشاد (العلاج) المعرفي

الفصل الحادي عشر

الإرشاد (العلاج) المعرفي السلوكي

الفصل الثاني عشر

الإرشاد (العلاج) بالواقع

الموضوع	الصفحة

الفصل الخامس عشر

الإرشاد (العلاج) بتحليل العاملات

الفصل السادس عشر

الإرشاد الجماعي

مقدمة الكتاب

تسهم تعقيدات الحياة المعاصرة بمظاهرها المختلفة في زيادة المتطلبات المتوقعة من الفرد الذي يعيش في علاقة تفاعلية مع البيئة ومتغيراتها، والتي تتطلب منه النمو من خلالها والتكيف معها بحيث تتوافق فيها جميع جوانب شخصيته. ونتيجة لعدم التوافق أحياناً مع متغيرات البيئة تبرز كثير من الأحداث والمواقف التي تقود إلى ظهور اضطرابات سلوكية أو مشكلات نفسية واجتماعية. وبناء على ذلك تعاظمت مسؤولية الإرشاد النفسي الذي تركز جميع برامجه وخدماته واستراتيجياته الإنمائية والوقائية والعلاجية على رعاية النمو السليم للفرد والارتقاء بسلوكه، وتعديل النماذج السلوكية غير المرغوب فيها وتوجيهها بما يتلاءم مع قدرات وميول الفرد، بحيث أصبحت الحاجة ماسة إلى التوجيه والإرشاد في المدارس والأسر والمجتمع بشكل عام.

كان التوجيه والإرشاد فيما مضى موجوداً ويمارس دون أن يستند إلى أسس علمية وبرامج إرشادية منظمة. ومع تقدم الحياة أصبح للإرشاد والعلاج النفسي نظريات ومجالات وبرامج وتقنيات، ويمارسه أخصائيون نفسيون يتم إعدادهم في الجامعة ويخضعون لدورات تدريبية متخصصة في الإرشاد والعلاج النفسي. وتكون نظريات الإرشاد والعلاج النفسي القاعدة والانطلاق للمرشد لفهم المسترشد ذاته وتكوين نظرة صحيحة عن العالم الذي يعيش فيه، ومساعدته على تجاوز الصعوبات وحل المشكلات التي تواجهه. ولا يقتصر عمل المرشد النفسي على إتباع نظرية واحدة، بل لابد له من الاطلاع على نظريات أخرى والإفادة منها في عمله الإرشادي أو العلاجي.

لقد لاحظ المؤلف قلة المؤلفات العربية الأصيلة في نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. كما شعر وهو يبحث في هذه النظريات أنه في غابة متنوعة الأشجار، فالتوافق أحياناً والاختلاف أحياناً أخرى واضح بين هذه النظريات، بل حتى

التناقضات أحياناً. والباحث فيها يجد أنها مختلفة ومتشعبة في فلسفاتها وأهدافها ومفاهيمها وطرائقها بالرغم من استفادة كل نظرية من سابقاتها.

لقد غلب على عرض كل نظرية الوصف الموضوعي بالدرجة الأولى مع بعض التحليل والنقد، ولم يكن هدفنا في هذا الكتاب أن نقدم نقدا أو نتبنى نظرية محددة، أو نحاول تطوير نظرية معينة بل هدفنا النقل الصادق لأفكار كل نظرية وأهدافها وتقنياتها وايجابياتها وسلبياتها. واعتبر المؤلف نفسه صديقاً لكل نظرية عرضها في هذا الكتاب، لأن كل نظرية تحقق نتائج طيبة إذا توافرت لها الظروف المواتية.

أما بنية الكتاب، فقد اتخذ كل فصل من فصوله الشكل الذي اتخذته الفصول الأخرى تقريبا، وحاول المؤلف تنظيم عرض كل نظرية بطريقة تحقق قدرا من تنظيم العرض وتبسيطه، دون أن يؤثر ذلك على تكامل كل نظرية. بحيث يستطيع الباحث عقد المقارنات بين النظريات المختلفة، وهذا مفيد جدا لفهم محتويات كل نظرية.

وكلنا أمل بأن تكون نظريات الإرشاد النفسي دليل عمل للمرشدين والمعالجين النفسيين والمعلمين في مراحل التعليم المختلفة وطلاب الإرشاد النفسي وعلم النفس.

والله ولي التوفيق

المؤلف

الأستاذ الدكتور

كمال بلان

الفصل الأول

النظرية في مجال الإرشاد والعلاج النفسي

- مدخل.
- تعريف النظرية.
- خصائص النظرية الجيدة.
- وظائف النظرية.
- مبررات الحاجة إلى نظريات الإرشاد والعلاج النفسي.
- النظرية في مجال الإرشاد والعلاج النفسي.
- المبادئ العامة لنظريات الإرشاد والعلاج النفسي.
- أهداف الإرشاد (العلاج) النفسي.
- العلاقة بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي.
- أوجه الشبه والاختلاف بين نظريات الإرشاد (العلاج) النفسي.

الفصل الأول
النظرية في مجال الإرشاد والعلاج النفسي

أولا : مدخل:

يستند العلم إلى قوانين ونظريات، فالقوانين تتحكم بالطبيعة منذ الأزل، وتأتي النظريات لتكتشف هذه القوانين وتفسرها وتجعلها قابلة للتطبيق وفق حاجات الناس. كما أنها ترصد الواقع وتربط بين ظواهره بتفسيرات مقنعة، وتثير بعض المشكلات والافتراضات، وتكون الأساس الذي ينطلق منه التطبيق العملي. ولا تقتصر النظريات على اكتشاف كنه الطبيعة وظواهرها، بل تتعداها لتكتشف أيضا طبيعة شخصية الإنسان وتحللها وتبين أوجه السواء والاضطراب فيها، ومساعدتها على التكيف. وإن وضع النظرية وتطويرها حالة علمية واجتماعية، ويختلف معناها ومجالاتها باختلاف العلوم التي تتناولها.

ولو نظرنا إلى تاريخ العلم لوجدنا أن نظريات متعددة ساهمت في تطوره، وعلى سبيل المثال نذكر، نظرية العالم الايطالي غاليلو (1564 – 1642) الذي استطاع أن يُقنع الناس بأن الأرض تدور حول الشمس مستندا في ذلك لنظرية العالم البولندي "كوبرنيكس" (1473 – 1543). ويأتي المثال الآخر، وهو اكتشاف قانون الجاذبية الأرضية من قبل العالم نيوتن (1687) من خلال ملاحظته سقوط التفاحة من الشجرة، بالرغم من أن الإنسان منذ القدم قد شاهد ذلك، ولكن هذه الظاهرة لم تُثر اهتمامه، إلى أن جاء نيوتن بتفسيره العلمي وبحثه لهذه الظاهرة والذي أوصله إلى قانون الجاذبية الأرضية الذي يعتبر أن أي نقطتين ماديتين لهما كتلة معينة وتبعدان عن بعضهما مسافة معينة تُؤثران ببعضهما بقوتين. ويمكن تقريب هذه النظرية بالقول: إنّ الكرة الأرضية هي إحدى الكتلتين المذكورتين سابقا، فتُؤثر على الأجسام القريبة منها بقوة الجاذبية الأرضية. إن مثل هذا الاستنتاج النظري ما كان ليتم إلا من خلال ملاحظة وقائع كثيرة والربط بينها. وهذا التعبير النظري أصبح حدثا واقعيا، بل قانونا.

إن الفرق بين القانون والنظرية يبدو واضحا رغم التداخل بينهما، حيث يقصد بالقوانين تلك التعميمات التي تكون في شكل تعبيرات وصفية أو صيغ رياضية تصف ظواهر طبيعية مشاهدة. فالقانون لا يعطي سبباً أو تفسيراً للظاهرة الطبيعية، ولكنه ببساطة يعلن عن الظاهرة. والتفسير لها يكون من عمل النظرية التي تتألف عادةً من فرضيات. ويعتبر القانون صيغة عامة ثابتة محددة لا تتغير ويتضمن علاقة تربط بين مفهومين أو أكثر على شكل بيانات ناتجة عن التجربة ويمكن التعبير عنها بصورة رياضية. فالنظرية فرضية لم تتأيد بعد تأييدا كاملا، أو تأمل لم يتأكد بعد من صحته، وعندما يتحقق ذلك تصبح النظرية قانونا.

تمثل النظرية فهمنا للقانون، وتتجدد بشكل مستمر كلما اكتشف العلماء مفهوماً جديداً. وتتضمن النظرية الكثير من المفاهيم والحقائق التي تلتئم مع بعضها لتشكل النظرية.

إن أية نظرية علمية مفيدة في معظم جوانبها، والتطبيق العملي لها يبين مخاذيرها، والمثال على ذلك هو اكتشاف الأشعة السينية المستخدمة في التصوير الشعاعي من قبل الأمريكي كوليدج (1913)، والتي أظهر الواقع العملي فائدتها الكبيرة، ولكن بالوقت نفسه أظهر البحث النظري والعلمي نتيجة مؤداها: أن الخلايا الحية تتخرب إذا استمر تعرضها للأشعة السينية لفترات طويلة ومتكررة، حيث يظهر هذا التخريب بشكل حروق خطرة، ولهذا اكتشف العلماء أن استعمال الألبسة التي يدخل الرصاص في تركيبها يقي من هذه الآثار الضارة، وكذلك نصح المرضى بأنه لا يصح التصوير بالأشعة السينية لأكثر من مرتين متتاليتين إلا بعد مضي فاصل زمني كاف بين صورة وأخرى يُحدده الأطباء.

وبهذا نرى أن النظرية العلمية تربط بين المفاهيم والظواهر وتبين العلاقات الوظيفية بينها وتصل إلى أنها وقائع ولها تطبيقات عملية. ولكن في مجال الإرشاد النفسي، فإن معظم النظريات مازالت نظريات مجردة تتجه نحو التطبيق العملي غير المجزوم بصحته تماما. ولهذا نقول: إن العلم لا يقتصر على نظرية واحدة،

والنظرية الجيدة ليست بالضرورة أن تكون كاملة، فلكل نظرية أوجهها الايجابية والسلبية. ومن هنا تأتي أهمية التنوع في النظريات في مختلف العلوم وخاصة في الإرشاد النفسي.

ثانياً: تعريف النظرية (Theory):

ما هي النظرية وما هي صلتها بالواقع الذي تصفه؟ لا يزال هذا السؤال مطروحاً، على الرغم من التقدم الذي حققته العلوم النظرية والتطبيقية. وهو يشير إلى صلة الوعي الإنساني بموضوع معرفته. ويحاول أيضاً سبر كلَّ ما يعبِّر عنه أيّ عمل معرفي أو فنِّي.

تحكي قصة الفلسفة والعلم عن رحلة فريدة، حاول فيها الوعي سَبْرَ هذه الصلة القائمة بين الإنسان والطبيعة. ولا تزال هذه القصة مستمرة. وترجع قصة العلم إلى تاريخ حضارات عريقة، كالمصرية القديمة والبابلية والهندية والصينية واليونانية والعربية. لكن العلم لم يأخذ شكله المنهجي إلا مع بداية عصر النهضة الأوروبية، هذا المنهج الذي تَبَلْوَر وتعدَّل كثيراً عبر القرون القليلة الماضية.

لقد اختلف العلماء في ايجاد تعريف واضح للنظرية، حيث لعب بيكون دوراً أساسياً في تمايُز المنهج العلمي؛ فكان نداؤه صريحاً في أنه يجب ألا تُبنى الفلسفة الطبيعية على الأفكار السلفية والأفكار الثابتة، وإن المنطق يجب أن يرتكز على رصد الأشياء المحسوسة واختبارها. ومن أجل تلافي عدم القدرة على التعميم انطلاقاً من معطيات جزئية، طرح بيكون منهجه العلمي الاستقرائي، حيث يمكن بناء فرضية على معطيات بسيطة، بحيث تشكّل نموذجًا يمكن تحصيل معطيات جديدة وفقاً له، وهكذا، وصولاً إلى نظرية متكاملة، بحيث يستطيع الباحث اكتشاف قوانين الطبيعة اكتشافاً منظماً. وقد حدد ديكارت هدف التجربة والملاحظة باكتشاف القوانين السببية التي تربط بين الأشياء والظاهرات. وبعد فترة، أفاد نيوتن من فكرة ديكارت، فأوجَد علاقة بين ملاحظات كوبرنيكوس وكبلر وغيرهما، وطرح نظريته

المستندة على فكرة أن الطبيعة آلية في عملها. ولقد أثّرتْ أعمال نيوتن في مدرسة فلسفية كاملة، كان أبرز رجالها لوك وبركلي وهيوم. الذين لم يتأكدوا من أن الاستقراء يمكن أن يقود إلى اليقين. وبالتالي فإن ما يظهر لنا من انتظام في الطبيعة لا يعني أبدًا أنه سيؤدي إلى معرفة مطلقة في المستقبل.

وقد وضحت الإشكاليات الكثيرة أنه لا يمكن دائمًا تعميم حالات محدودة وقليلة لاستنتاج نظرية عامة ثابتة. ومرة بعد مرة، بدأ العلم يعترف بأن تعديل نظرياته هو أساس تقدمه، هذا التعديل الذي يعني لغة قائمة بذاتها، هي لغة المعرفة المستمرة والقابلة دائمًا للتعديل والانفتاح. وهذا يعني أن النظريات تُعدَّل باستمرار مع ظهور تعارُضات أو معضلات جديدة، وهكذا، حتى يتطلّب الأمرُ تعديلاً جوهريًا في النظرية وظهور نظرية جديدة. عند هذا المنعطف، عاد التساؤل العلمي يُطرَحُ بقوة: هل يتطلب أيُّ تقدُّم معرفي إيجادَ منظومة واحدة تفسِّر الظاهرات كلّها، وعلى كافة المستويات؟ وهل اليقين العلمي يكون مطلقًا؟

لا شكَّ أن المنهج العلمي كان يقف، عند منعطف حاسم. فها هو العلم يتوصَّل، عبر منهجه الصارم، إلى ما يشبه التعارُض، ويتنبَّه إلى أن وضع النظريات وإثباتها لا يكفي لفهم الظاهرة الطبيعية في كلّيتها، ويدرك إدراكًا صريحًا أن معرفته التي يحقّقها في إطار نظرياته معرفةٌ قابلة للتغيُّر وللتعديل بحيث تكون النظريات العلمية أقدر على الانفتاح وعلى تشكيل بُناها المنطقية كتفاعل مباشر مع الكون.

ويرى فان دالن أن النظرية تقرير يُفسر قطاعا خاصا من الظواهر. والتقريرات النظرية التي يُمكن أن تُسمى توقعات أو تخمينات أو مبادئ، أو تعميمات خبرية أو نماذج أو فرضيات أو نظريات أو قوانين تختلف من حيث وضوح التفسير واتساعه وعمقه وخصوبته. (حمصي، 1986، 54). وقد عرّف بيبر النظرية بأنها: عرف أو اصطلاح إنساني يستعمل في حفظ الحقائق بشكل منظم. أما مكاب فقد عرفها بتنظيم مؤقت للحوادث، فهي بمثابة الأداة والتي من خلالها نستطيع إدراك

العلاقات بين الحوادث والحقائق وأثر بعضها في البعض الآخر (الزعبي، 2002، 39). وقد جاء في (المنجد) أن النظرية: قضية محتاجة إلى برهان لإثبات صحتها.

والنظرية إطار عام يضم مجموعة منظمة من الفرضيات والمفاهيم التي تُفسر ظاهرة ما. ولا بد لهذه النظرية من أن تتسم بالتناسق المنطقي وعدم التعقيد، وتوضيح العلاقات التي لم يسبق ملاحظتها، وأن تكون النظرية قابلة للملاحظة والتجريب، وأن تترجم الفرضيات والمفاهيم إلى عمليات قياسية واضحة. ويتساءل هول ولندزي حول ما يجب أن تتضمنه النظرية؟ ليقولا: "يجب أن تتضمن النظرية مجموعة من الفروض ذات الصلة بموضوعها، يرتبط بعضها بالبعض الآخر ارتباطا منظما، كما يجب أن تتضمن مجموعة من التعريفات التجريبية" (هول ولندزي، 1971، 25). وإن قبول النظرية أو عدمه يتحدد بمدى نفعية هذه النظرية، وأن لهذه النفعية مكونين – القابلية للتيقن من الصدق، والشمول. وتشير القابلية للتيقن من الصدق إلى قدرة النظرية على توليد التنبؤات التي تتأيد عندما تجمع المعلومات التجريبية المتصلة بها. أما الشمول فيشير إلى مدى هذه المشتقات أو اكتمالها. وقد توجد لدينا نظرية ولدت نتائج كثيرا ما تأيدت، إلا أنها تتناول جوانب قليلة فقط للظاهرات ذات الأهمية، ويجب على النظرية من الناحية المثالية أن تؤدي إلى تنبؤات دقيقة تتناول بصفة عامة جدا أو شاملة، الوقائع التجريبية التي تهدف النظرية إلى الإحاطة بها (هول ولندزي، 1971، 27). وقد عرّف ببنسكي وببنسكي النظرية أكثر تحديدا بقولهما: انها علم ممكن، يمكن إثباته مرة أخرى (الزعبي، 2002، 39).

وباختصار نرى أن النظرية هي مجموعة من الفرضيات أو المفاهيم المنظمة في نسق فكري يكشف العلاقة فيما بينها لتكّون بناءً فكرياً منتظماً، في صورة أحكام عامة أو قوانين تمكننا من تفسير الظواهر والتنبؤ.

ثالثاً: خصائص النظرية الجيدة:

إن لكل نظرية جوانبها القوية والأخرى الضعيفة، الشمولية أو المحدودية، مستوى الصدق والثبات. **وقد حدد باترسون عدداً من المعايير المنطقية التي يمكن من خلالها الحكم على جودة النظرية وهي:**

1) الأهمية Importance:

يجب أن تكون النظرية ذات أهمية ودلالة تطبيقية ومحدودة.

2) الدقة والوضوح Preciseness:

أي أن تكون متسقة داخليا ويمكن استيعابها وفهمها وأن تكون خالية من الغموض والتشوش، ويمكن اختبار مدى وضوحها من خلال ربطها بالنتائج أو بقدرتها على تطوير توقعات.

3) الاقتصاد والبساطة Arsimony or Simplicity:

أن تتضمن النظرية الحد الأدنى من التعقيدات والافتراضات.

4) الشمولية Comprehensiveness:

يجب أن تغطي النظرية مجال الاهتمام وتشتمل على كل البيانات المعروفة في المجال.

5) الإجرائية Operationality:

أي قابليتها لاختصار إجراءاتها بغرض اختيار فروضها أو توقعاتها، وأن تتصف مفاهيمها بالدقة الكافية لقياسها.

6) الصدق الأمبريقي أو القابلية للتحقق Empirical Validity:

هو أن تدعم الخبرة والبحوث التجريبية صدق النظرية كما يجب أن يتولد عنها معرفة جديدة وعلى العموم فإن النظرية التي لا تؤكدها البحوث التجريبية ربما تؤدي بشكل غير مباشر إلى معرفة جديدة من خلال إثارتها في سبيل خلق نظرية أفضل.

7) الإنتاجية Fruitfulness:

يقصد به قدرة النظرية على أداء توقعات قابلة للاختبار والتجريب وتطوير معرفة جديدة.

8) القابلية للتطبيق العملي Practicality:

أن تكون النظرية مفيدة للممارسين في تنظيم أفكارهم وإجراءاتهم فتزودهم بإطار مفاهيمي للممارسة. (باترسون، 1992)

ونستطيع إضافة المعايير التالية التي نراها مناسبة للحكم على جودة النظرية:

- الوضوح دون تناقض.
- سهولة القراءة والفهم.
- الاتساع والشمول.
- الدقة.
- إثارتها التساؤلات المتعددة لمتابعة البحث العلمي والتنبؤ.
- الاستفادة منها في الحياة العملية.

رابعاً: وظائف النظرية:

تعتبر النظرية هدفا ووسيلة، فالهدف هو تفسير الظواهر المحيطة بنا أو الموجودة بداخلنا، والوسيلة لأنها تُوفر الإطار للملاحظة والبحث والاكتشاف. كما تساعد النظرية على افتراض ترتيب للأحداث، وتساعدنا على فهم ما يحدث وما نتوقع أنه سيحدث. ونشير هنا إلى مجموعة من وظائف النظرية:

1. تركب النظرية بنية معينة للمعرفة، حيث تجمع بنية المعرفة ذات العلاقة ومحاولة تنظيم النتائج المتفرقة في كل مفيد وذي معنى.
2. تزيد النظرية الفهم حول بنية معينة من المعرفة، وتحاول تجميع المعلومات وترتيبها حسب الأهمية.
3. توفر النظرية أدوات للقيام بالتنبؤ، مثل المخطط، فهو يصور نقاطا متعددة وما يمكن أن يكون أن نتوقع من أحداث ناتجة عن هذه النقاط، أما بالنسبة للممارس فالنظرية تعمل كدليل للطرق المحتملة وعما يمكن أن ينتج عن النواتج اللاحقة، إنها تشير إلى العلاقة بين الوسائل والنواتج.
4. تشجع النظرية الأبحاث الأخرى، حيث لا يوجد فرق بين النظريات سواء أثبتت صحتها أم خطؤها، بل المهم هو أن تحفز الأبحاث الأخرى في الظواهر التي اعتمدت عليها النظرية، لذلك فالنظرية في عملية تقدم دائمة كدليل بحث جديد. (Pepinsky, 2005, 17)
5. يجب أن تؤدي إلى استنتاج مجموعة من الاقتراحات التجريبية، التي يتحدد قبولها أو رفضها بمدى جدواها أو فائدتها.
6. أن تسهم في ربط الاكتشافات التجريبية المعروفة داخل إطار منطقي ومعقول.
7. تساعد النظريات على بناء طرق جديدة للسلوك في موقف الإرشاد، كما قد تساعد على معرفة كيفية تقويم الأساليب القديمة والحكم عليها.
8. تؤثر النظرية، بشكل مباشر على توقعات المسترشد وعلى طريقة سلوكه أثناء الإرشاد، كما تؤثر عليه بشكل مباشر حين يستخدم المرشد نظرية معينة.

9. تحديد الظواهر المدروسة، لأن لكل علم ظواهره المتعددة، ولا تستطيع النظرية الواحدة دراسة كل الظواهر في هذا العلم أو ذاك.
10. تصنيف هذه الظواهر وصياغة الفرضيات حولها.
11. تلخيص النتائج بعلمية وموضوعية وبدقة ووضوح.
12. المساعدة في فهم نتائج دراسة الواقع.
13. القدرة على التنبؤ بوقائع أو ظواهر جديدة.
14. القدرة على الإيحاء بالأفكار وإثارة الفضول والاهتمام لتوليد البحوث أو تطوير النظرية القائمة أو إيجاد نظرية جديدة.

خامساً: مبررات الحاجة إلى نظريات الإرشاد والعلاج النفسي:

إن الفرد والجماعة يحتاجون إلى التوجيه والإرشاد، وكل فرد خلال مراحل نموه المتتالية يمر بمشكلات عديدة وفترات حرجة يحتاج فيها إلى إرشاد. ولقد طرأت تغيرات أسرية تعتبر من أهم ملامح التغيّر الاجتماعي. ولقد حدث تقدّم علمي وتكنولوجي كبير، وحدث تطوّر في التعليم ومناهجه، وحدثت زيادة في أعداد الطلاب في المدارس. وحدثت تغيرات في العمل والمهنة. ونحن الآن نعيش في عصر يطلق عليه عصر القلق. هذا كله يؤكد أن الحاجة ماسة إلى الإرشاد والعلاج النفسي.

ونستطيع أن نوجز مبررات الحاجة للإرشاد النفسي بما يلي:

1) التقدم العلمي والتكنولوجي السريع:

حيث يشهد العالم في هذه الأيام تقدما علميا وتقنيا تتزايد سرعته بوتيرة عالية، وبالرغم من هذا التقدم نجد القلق والإحباط يسيطر على حياة الإنسان بدلا من الارتياح والسعادة، وأصبحنا نسمع بمشكلات جديدة لم تكن موجودة من قبل مثل: إدمان الانترنيت والكحول والمخدرات وما يخلفه هذا الإدمان من مشكلات نفسية واجتماعية.

وظهرت الحاجة ملحة لتطوير برامج الدراسة ومناهج التربية لتخدم سوق العمل وتوفير الخريجين المناسبين والتدريب المستمر للأيدي العاملة. وهذه المشكلات وغيرها تتطلب نمطا جديدا من الإرشاد يتناسب مع طبيعة هذه المشكلات.

2) الزيادة السكانية:

حيث ولّدت الزيادة السكانية الكثير من المشكلات، كنقص الغذاء والماء وانخفاض مستويات المعيشة وتلوث البيئة، وكذلك ظهور مشكلات اجتماعية واقتصادية. ويتبع ذلك محدودية الموارد الاقتصادية وقلة الرعاية الصحية وعدم تمكن المدارس من استيعاب الأعداد الكبيرة من الأطفال الملتحقين بها، على الرغم من ازدياد أعداد هذه المدارس عاما بعد عام. ونتيجة لذلك تبرز مشكلات الدوام النصفي والتأخر الدراسي والتكيف المدرسي واستيعاب ذوي الاحتياجات الخاصة وغيرها. ويأتي دور الإرشاد النفسي في توعية الأفراد تمكينهم من اتخاذ قرارات مستنيرة مبنية على تفهمهم وتقويمهم للمشكلة والاستجابة للأوضاع والمشكلات السكانية عن وعي ومعرفة ومسؤولية.

3) التغيرات الاجتماعية والثقافية:

تترافق التغيرات الاجتماعية والثقافية مع التقدم العلمي والتكنولوجي الراهن، والذي بدا تأثيره واضحا على طبيعة العلاقات الاجتماعية والأسرية، ومن أهم هذه التغيرات:

- الانتقال من الأسرة الممتدة إلى الأسرة النووية، مما يستدعي تفكك الروابط الأسرية وشبكة الأقارب.
- اختفاء بعض القيم والعادات والتقاليد المرتبطة بالمرأة والزواج والعلاقة بين الزوجين.
- صعوبة عملية الضبط الاجتماعي في ظل تطور تكنولوجيا الاتصالات مما يولد صراعات قيمية وثقافية لدى الأبناء والآباء.

- زيادة متطلبات أفراد الأسرة بشكل عام والأبناء بشكل خاص.
- طول فترة الرعاية للطفل والشاب في الأسرة.
- غياب الأب والأم عن الأسرة لفترات طويلة بسبب ظروف العمل وهذا يؤدي إلى قلة الاهتمام بالأبناء ومتابعة أمورهم ومعرفة مشكلاتهم.
- ارتفاع مستوى طموح الأبناء والآباء للتفوق الدراسي.
- الاغتراب النفسي والثقافي لدى الإنسان في ظل ما يسمى بالعولمة.

وهذه المتغيرات وغيرها تستدعي إرشادا نفسيا يتناسب مع حدة كل متغير.

4) التطورات في النظام التربوي:

إن هدف العملية التربوية تنمية شخصية الطالب من الجوانب كافة، والعمل على تحقيق التوافق بينه وبين المدرسة بصورة خاصة، وبينه وبين المجتمع بشكل عام. وفي المقابل تواجه التربية تحديات ثقافية واقتصادية وتكنولوجية وبيئية تتداخل وتتضاعف لتشكل وضعا تربويا غاية في التعقيد، فقد اقتحمتها تكنولوجيا المعلومات ببدائلها وتعقيداتها لتحمّلها مسؤوليات مضاعفة، وأصبح توفير التعليم للجميع وزيادة فاعليته وانتاجيته يشكل الاهتمام الرئيس للتربية. كما أن رفع مستوى التحصيل لدى الطالب يعتبر هاما لأنه مرتبط بالتوافق النفسي والدراسي والاجتماعي والصحي والعائلي للطالب وذويه. وهذا يستدعي التعرف على قدرات الطلاب وميولهم واستعداداتهم ومشكلاتهم، ومساعدتهم على التكيف السليم وتوجيههم دراسيا ومهنيا. وبما أن الطالب لا يعيش بمعزل عن الآخرين، بل يعيش في علاقة تفاعلية مستمرة مع البيئة ومتغيراتها يتطلب ذلك منه التكيف والنمو من خلالها بحيث تتوافق معها جميع جوانب شخصيته. ولهذا تعاظمت مسؤولية التوجيه والإرشاد النفسي والاجتماعي في العملية التربوية حيث يتناول مشكلات سوء التوافق الشخصي والأكاديمي والاجتماعي عند الطلبة، التي يساهم حلها في تحسين العمل التربوي، فيكون لها الأثر الفعال في رفع إنتاجية التحصيل الدراسي للطلبة وتكيفهم النفسي والاجتماعي في البيئة المدرسية.

5) فترات الانتقال الحرجة:

حيث يمر الفرد خلال مراحل نموه بفترات إنتقال حرجة يتخللها احتياجات وصراعات وقد يسيطر عليها جو القلق والخوف والاكتئاب. وتتميز كل مرحلة عمرية بصفات وتغيرات ومشكلات متعددة، إن كان ذلك في مرحلة الطفولة أو المراهقة أو الشباب أو الكهولة أو الشيخوخة. كما يمر الإنسان بمراحل فطام متعددة: الفطام عن تناول حليب أمه، أو دخول روضة الأطفال أو المدرسة، أو انتقاله إلى عش الزوجية... وكل هذا وغيره يتطلب الإرشاد النفسي وأحياناً العلاج النفسي حتى تمر فترة الانتقال بسلام إن كان هذا الانتقال في المراحل العمرية المتعددة أو في فترات الفطام النفسي.

6) كثرة الكوارث والحروب:

التي ينتج عنها مشكلات كثيرة مثل اللجوء إلى مناطق أخرى، وكثرة عدد المعوقين، وأزمات الصدمة، وضرورة تأهيل الأفراد الذين تتعرض مناطقهم للكوارث والحروب.

7) كثرة الضغوط النفسية:

يكون ذلك بسبب كثرة متطلبات الحياة، وصراع الأدوار داخل الأسرة وخارجها، وتزايد البطالة بين صفوف الشباب، وتفكير الشاب بتأمين مستقبله المهني والأسري ومما يكتنف ذلك من صعوبات وعقبات وغيرها.

ونتيجة لما سبق نرى أن خدمات الإرشاد النفسي تتطوّر وأصبح لها الآن أسسها ونظرياتها ومجالاتها وبرامجها وأساليبها، وأصبح يقوم بها مختصون مؤهلون علميا وفنيا، كما أصبحت الحاجة ماسة إلى الإرشاد النفسي في المدارس والجامعات ومراكز العمل وفي الأسرة وفي مجتمعنا بصفة عامة.

سادساً: النظرية في مجال الإرشاد والعلاج النفسي:

الحياة حركة دائمة وتغير مستمر، إنها تجري كالنهر الهادئ أحيانا والهادر أحيانا أخرى، ويتأثر صفاء مياه هذا النهر بمنابعه وروافده التي تزيده نقاء أو تلوثا. وشخصية الإنسان كزورق صغير في هذا النهر، تتأثر بطبيعة الزورق ومتانته وقدرته على السماح للماء بالنفوذ إليه، كما تتأثر بقوة تدفق المياه وعمقها وما فيها وعليها ومن حولها، والشخصية المتوازنة هي التي يسير زورقها في هذا النهر بأمان دون أن تخترقه المياه ليصل إلى الهدف المنشود.

إن المشكلات التي يواجهها الإنسان يوميا تدفع الباحثين والعلماء إلى ايجاد نظرية جديدة تتصف بالقدرة على تفسير الظواهر وتنظيم الحقائق والقوانين في بناء شمولي متكامل يفيد في العمل ويُمكّن من التنبؤ والضبط الدقيق، حيث تمثل هذه النظرية خلاصة ما قام به الباحث.

وتلعب النظرية دوراً مهما في الإرشاد النفسي فهي تساعدنا على:

1. فهم شخصية الإنسان التي تتكون نتيجة تفاعل الفرد مع بيئته، حيث أن الشخصية وجود بيو – اجتماعي تحتوي على أشكال مختلفة من السلوكيات اليومية السوية والشاذة.
2. فهم السلوك السوي والسلوك المضطرب وأسباب اضطرابه.
3. إتباع طرق وأساليب لتعديل السلوك المضطرب وعلاجه.

ويعتقد أصحاب معظم نظريات الإرشاد أنهم توصلوا إلى الحقيقة، أما نحن الذين ننظر إلى هذه النظريات نظرة محايدة، فبإمكاننا أن نرى أوجه الحقيقة المتعددة فيها جميعا، وكل نظرية تتعرض للمراجعة والتعديل والتطوير. ويرى منسي أن النظرية الإرشادية: "هي التي يندمج فيها رموز المعرفة بشكل متكامل في إطار تنظيمي له معنى، كما أنها قادرة على أن تنظم وتفسر وتعمل على صياغة

الحقائق والمعلومات والمعرفة المتعلقة بميدان الإرشاد على شكل قوانين ومبادئ".(منسي، 2004، 170)

تعددت نظريات الإرشاد والعلاج النفسي تعددا كبيرا، وبعض هذه النظريات كانت وليدة المعاناة الشخصية لأصحابها أمثال "فرويد" و"إليس" و"فرانكل" وغيرهم. واهتمت كل نظرية بجانب معين من جوانب الحياة الإنسانية وفسرته في ضوء أفكارها وتوجهاتها. وهذا التنوع والتشعب يعود لأهمية موضوع الإرشاد النفسي الذي يهتم بدراسة وفهم وتفسير وتقويم السلوك والتنبؤ به وتعديله وتغييره، وحداثة هذا العلم، واستناد هذه النظريات على نظريات الشخصية من حيث البناء العام لها. ولذلك تكون النظرية الإرشادية التي يتبناها المرشد النفسي القاعدة والانطلاق لفهم المسترشد والاضطراب الذي يعاني منه، وتساعده على وضع البرامج الإرشادية لمساعدة المسترشد للتخلص من هذا الاضطراب للوصول به إلى فهم ذاته وتكوين نظرة واقعية عن العالم الذي يعيش فيه. وقد لاحظنا أن مصطلح المسترشد الذي يعني بالانكليزية (Client) قد تُرجم إلى العربية بعدة مصطلحات مثل: العميل، الزبون، المتعالج، المسترشد. وسنعتمد في كتابنا هذا مصطلح المسترشد، باعتباره طالباً للإرشاد.

تعتبر النظريات هي الأساس الذي ينطلق منه الواقع العملي، والتي تساعدنا على فهم ما يحدث، وما يمكن أن نقوم به، كما تفيد في بناء طرائق جديدة للسلوك في موقف الإرشاد، كذلك معرفة كيفية تقويم الأساليب القديمة والحكم عليها.

كما تفيدنا في المساعدة على دمج الحقائق والبيانات بطريقة منتظمة لإيجاد القوانين العلمية التي يمكن من خلالها التنبؤ بالأحداث للطبيعة الإنسانية، وفهم السلوك السوي والسلوك المضطرب وأسباب اضطرابه، وتوضح لنا الطرائق المناسبة لتعديل السلوك المضطرب وكيفية علاجه، من أجل تحقيق أكبر قدر من الصحة النفسية لصاحبه. (الزعبي، 2003).

فالنظرية الإرشادية أشبه بالخريطة الجغرافية التي تبين الطرق والأماكن التي يريد الشخص الوصول إليها، فالنظرية تبين للمرشد الطريق للوصول إلى أعماق المسترشد ومساعدته في عبور أزماته والتخلص من التوترات والاضطرابات فالفرق بين المرشد الذي يسير وفق نظرية إرشادية وبين الشخص العادي الذي يقدم النصائح والإرشادات كمثل الشخص الذي يسير بالصحراء مستخدما خريطة واضحة بها جميع المعالم وبين الذي يهيم

دون وجهة معينة، فبدون الأسلوب العلمي المتمثل في استخدام النظريات، فإن الإرشاد يتحول إلى مجرد حديث عابر.(منسي، 2004، 34). ويرى زهران أن الإرشاد يهتم بدراسة وفهم وتفسير وتقويم السلوك والتنبؤ به وتعديله، ومن ثم فلا بد من دراسة النظريات التي تفسر السلوك وكيفية تعديله. كما تفيد دراسة نظريات الإرشاد النفسي في فهم العملية الإرشادية نفسها وفهم أوجه التشابه والاختلاف بين طرق الإرشاد. (زهران، 1997)

إن نظريات الإرشاد هي خلاصة ما قام به الباحثون في مجال السلوك الإنساني وطبيعته، وهي ضرورية للمرشد النفسي في عمله لمعرفة السبل المحتملة لتعديل ذلك السلوك، وما يجب على المرشد إتباعه لتحقيق ذلك الغرض.

لذلك فإن أي نظرية في الإرشاد يجب أن يكون لديها تصور ما عن كيفية تغيير السلوك الإنساني، لذلك يتفق أغلب المرشدين على أن الإرشاد في جوهره خبرة تعليمية، والاختلاف يبدو في كيفية حدوث هذا التعلم. كما أن نظرية الإرشاد يجب أن تعطينا فكرة عن الناتج النهائي لعملية الإرشاد، فلكل مجتمع أساليبه في دفع أفراده إلى تبني السلوك المرغوب وتجنب غير المرغوب. والأمر بالمثل في نظرية الإرشاد إذ يجب أن تكون لديها فكرة عن نوعية الحياة التي يجب أن يسعى إليها الفرد، فهي تتبنى نوعا من سلم القيم التي يسعى الإرشاد لتحقيقها، وعلى النظرية أيضاً أن تقدم تصورا للدور الملائم الذي يجب أن يقوم به المرشد، ولا شك أن

النظرية التي يمارس المرشد عمله في إطارها هي التي تحدد بدرجة كبيرة أسلوبه في عملية الإرشاد.

ونظريات الإرشاد النفسي في مجموعها، لها قدرة كبيرة على استثارة حب الاطلاع وتوليد الأفكار وإثارة الشكوك أو الإقناع، وهذا في حد ذاته صفات ايجابية لفهم عملية الإرشاد النفسي وتقنياته والبحث في مجالاته. وبالرغم من أن نظريات الإرشاد النفسي ليست بالوضوح والكفاية بالقدر الذي نرغب فيه، فإن مجرد وجودها وتنوعها يدل على أن نظريات الإرشاد النفسي تتطور تطورا مقبولا وتقدم استثارة لبحوث متعددة في الإرشاد النفسي، كما تساعدنا على تشخيص المشكلات النفسية، ووضع الاختبارات النفسية واستخدامها. كما تخضع هذه النظريات للدراسة المستمرة التي تُطور هذه النظريات وقد ينبثق منها نظريات جديدة.

يحتاج المرشد النفسي التعرف على نظريات الإرشاد النفسي كونها تمثل خلاصة ما قام به الباحثون في مجال الإرشاد والعلاج النفسي، كما تُعطي تصورا للدور الذي يجب على المرشد النفسي القيام به في أثناء عملية الإرشاد.

ويرى (James) انه بدون السؤال عما يحدث وبدون نماذج أفعال أو بعض الفرضيات حول الإرشاد فإن الأمر أشبه بأن يكون المرشد هو سبب الضرر للعميل أكثر من علاجه. كما أن نظريات الإرشاد تزودنا بمعنى تنظيم ما يتعلمه الناس حول عملية الإرشاد، فهي كالدليل للأسباب المحتملة لوجود صعوبات لدى المسترشدين حول أنماط الفعل الأخرى المحتملة. وإن النظريات نفسها قد نمت من مفاهيم الطبيعة البشرية، وما يجب أن يكون عليه الناس وبعيدا عن الفرضيات حول كيف يتغير السلوك في الاتجاهات المطلوبة.(James and others , 1986 ,15)

وبناءً على ما تقدم، على المرشد النفسي أن يكون ملما بكل النظريات الموجودة وعلى دراية بأساليب وطرق كل نظرية، ليصبح لديه المرونة الكافية للانتقال من تقنية إلى أخرى، ومن نظرية لاخرى حسب الحالة التي يقوم بإرشادها

وحسب حاجة المسترشد ومشكلته، وبهذا يكون قد وظّف النظريات جميعا بالمكان المناسب عوضا عن أن يكون ملماً بنظرية واحدة وجاهلا بفوائد النظريات الأخرى.

من أجل فهم أية نظرية في الإرشاد النفسي، على المرشد أو الطالب أن يطرح على نفسه مجموعة من التساؤلات والتفكير في الإجابة عنها، ومن هذه الأسئلة:

- ما هي أهداف هذه النظرية؟
- كيف تنظر إلى الشخصية؟
- كيف ترى الاضطراب النفسي؟
- ما هي التقنيات المستخدمة فيها؟
- ما هي مجالات استخدامها في الإرشاد والعلاج النفسي؟
- ما هي ايجابيات هذه النظرية وسلبياتها؟

سابعاً: المبادئ العامة لنظريات الإرشاد (العلاج) النفسي:

إن معنى الشخصية من أكثر معاني علم النفس تعقيدا وتركيباً لأنه يشمل مجموع الصفات الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية في تفاعلها وتكاملها في فرد معين يعيش في بيئة اجتماعية معينة وصولاً إلى حالة التوازن الداخلي والخارجي الذي يأتي بفعل التفاعل مع البيئة المحيطة. فالشخصية كالطبيعة المحيطة بنا من هواء ومياه وجبال وسهول وأنهار

وغابات وصحارى والتي تتميز بالتوازن والتكامل من جهة، ويطرأ عليها تغيرات مستمرة من جهة أخرى بسبب التأثيرات المتبادلة فيما بينها وتأثير ظروف خارجية يكون سلوك الإنسان فيها سبب ونتيجة.

إن السلوك الإنساني يبدو فردياً حيث أن سلوك كل فرد وأسلوبه في الحياة يختلف عن غيره، ولكل إنسان شخصيته المميزة وحاجاته وقدراته الخاصة التي ينفرد فيها عن الآخرين. ولكن تأثير الجماعة واضح في تكوين شخصية الإنسان وسلوكه.

تنطلق نظريات الإرشاد النفسي بشكل عام من مجموعة من المبادئ العامة التي تتعلق بالسلوك الإنساني، وتستمد فلسفتها من طبيعة الإنسان وخصائص شخصيته التي تعكس تشابك العوامل البيولوجية والاجتماعية والنفسية المؤثرة في تكوين الشخصية. وتشكل المبادئ العامة لهذه النظريات اللبنة الأساسية التي تستند عليها في تطبيقاتها العملية، وأهمها:

1) تقديم المساعدة:

إن لدى كل فرد منا استعداد للإرشاد استناداً إلى وجود حاجة أساسية لدى الإنسان وهي حاجته للآخر لمواجهة المشكلات التي تعترضه والتعاون في حلها. وبالتالي إن تقديم الإرشاد للآخرين يكون برغبتهم وموافقتهم. لذلك على المرشد اكتشاف الحاجات الإرشادية عند الأفراد بشكل يمكنه من ترجمة هذه الحاجات إلى عمليات إرشادية يعمل على إشباعها وذلك إما لأن صاحبها لم يكتشفها في نفسه، وإما أنه اكتشفها ولم يستطع إشباعها بالاعتماد على نفسه. ويعتبر الإرشاد حق للمسترشد وواجب على المرشد النفسي، وهو حاجة نفسية هامة للفرد ومطلب أساسي للنمو المتكامل والمتوازن لشخصية الفرد.

2) تعديل السلوك:

إن محور الإرشاد النفسي تعديل السلوك، حيث يعّرف السلوك الإنساني بأنه مجموع النشاط الجسمي والعقلي والاجتماعي الذي يصدر عن الفرد نتيجة العلاقة التفاعلية مع البيئة المحيطة. ويتميز السلوك الإنساني بصفتي الثبات النسبي والمرونة. فهناك ثبات يتعلق بسمات الشخصية ووحدتها، وهناك ثبات يتعلق بطريقة التعامل مع الآخرين، وآخر له علاقة بالقدرة على التكيف في الظروف المختلفة. وهذا القدر المعقول من الثبات يمكننا من التنبؤ بسلوك الفرد مستقبلاً. حيث أن سلوك الإنسان في الحاضر يشبه إلى حد كبير سلوكه في الماضي، وبالتالي

يمكن التنبؤ بما سيكون عليه السلوك مستقبلاً نتيجة ملاحظته في الماضي والحاضر إلى حد ما إذا تساوت الظروف والمتغيرات والعوامل الأخرى.

وبالرغم من هذا الثبات في السلوك الإنساني فإنه يتمتع بالمرونة التي تفسح المجال أمامه للتعديل والتطور والتقدم. وإن مرونة السلوك الإنساني مبدأ هام في نظريات الإرشاد النفسي، ولاسيما أن الإرشاد هو تعلم جديد، أو تربية جديدة تهدف إلى مساعدة الفرد على فهم ذاته وتنمية قدراته وتحديد مشكلاته وحلها والعمل على التكيف مع البيئة المحيطة.

3) الإرشاد تعلم:

تعد عملية الإرشاد النفسي عملية تعلم يكتسب فيها الفرد اتجاهات وقيماً وعادات ومظاهر سلوكية جديدة، ويغير من وجهة نظره نحو ذاته والآخر، ويتعلم طرائق جديدة لمواجهة ما يعترضه من مشكلات. وتتهيأ له الظروف لرسم الخطط لتحقيق الأهداف، وتطبيق ما يتعلمه والاستفادة من ذلك في مواقف جديدة قد تواجهه.

4) الإرشاد في كل مراحل العمر:

يعتبر الإرشاد النفسي عملية مستمرة لا تتوقف عند مرحلة من مراحل العمر من الطفولة إلى المراهقة فالشباب والكهولة والشيخوخة. ولكل مرحلة خصائصها المميزة وبالتالي طرق الإرشاد والتقنيات الخاصة بها. وتوضح مطالب النمو المستويات الضرورية التي تحدد كل خطوات مراحل نمو الفرد وتبين مدى تحقيقه لذاته وإشباعه لحاجاته وفقاً لمستوى نموه وتطور خبراته التي تتناسب مع مراحل النمو المختلفة. وهذا يستدعي مراعاة كل نظرية إرشادية لمطالب النمو في كل مرحلة عمرية. حيث تبين مدى تحقيق الفرد لذاته وإشباعه لحاجاته وفقاً لمستوى نضجه وتطور خبراته التي تناسب مرحلة النمو التي يعيشها.

5) الاستناد إلى طبيعة الإنسان:

تُجمع نظريات الإرشاد النفسي على ضرورة فهم طبيعة الإنسان، ولكنها تختلف فيما بينها من حيث النظر إلى هذه الطبيعة الإنسانية، فنظرية التحليل النفسي عند فرويد مثلاً تعتبر الإنسان كائن عدواني يميل إلى التدمير والشر. في حين أن النظرية السلوكية تعتبر أن الفرد يولد وعقله صفحة بيضاء، ومن خلال عملية التعلم يكتسب الفرد السلوك السوي وغير السوي. أما نظرية العلاج المتمركز على الفرد (روجرز) فتنظر إلى أن الإنسان أنه خير بطبيعته، ولكن الظروف والضغوط تفسده وتجعل سلوكه مضطرباً.

6) وظيفية النظرية:

ليست وظيفة نظرية الإرشاد مقتصرة على التنبؤ بحقائق أو علاقات جديدة، ولكنها ينبغي أن تقوم بعملية تنظيم وتكامل بين المعارف القائمة في إطار مكتمل المعاني... فالافتراضات والتعميمات التي تشتمل عليها النظرية لم تأت من فراغ، ولكنها نمت أو تطورت على أساس من الملاحظة والتجربة، وهذا يعني أن المعارف والحقائق القائمة تعتبر أساساً للتعميمات والافتراضات الخاصة بالنظرية. فعملية بناء النظرية واختبارها وتعديلها وإعادة بنائها وتكرار اختبارها تعتبر عملية مستمرة. (باترسون، 1992، ص 10). وتكاد معظم نظريات الإرشاد النفسي تشتمل على مجموعة من التعاريف والمفاهيم المنطقية والمصطلحات والفرضيات، ويمكن توظيف تقنياتها في عملية الإرشاد النفسي.

7) الاهتمام بالاضطراب النفسي:

يأتي بعض الناس إلى مراكز الإرشاد النفسي وهم يشعرون بسوء تكيف مع أنفسهم ومع محيطهم، ولا يعانون من أمراض نفسية؛ فمثل هؤلاء يصنفون بأنهم يعانون من اضطرابات في الشخصية. حيث تكون ملامح شخصيتهم غير متكيفة. والشخص المصاب باضطراب الشخصية كثيراً ما يصرح بعدم الارتياح وعدم

الاستمتاع بمباهج الحياة. ويطلق الاضطراب النفسي للشخصية على أسلوب وسلوك شخص يكون مصدراً للمعاناة له أو للمجتمع ويصاحب هذا عدم قدرة هذا الشخص على التكيف مع الآخرين، مع خلل في الأدوار الاجتماعية والوظيفية. وتهتم كل نظريات الإرشاد النفسي بمعالجة الاضطراب النفسي للشخصية.

8) تحقيق الصحة النفسية للشخصية:

تعتبر شخصية الإنسان وحدة متكاملة يؤثر كل جانب منها بالجانب الآخر ويتداخل معه ليشكل وحدة متكاملة. وإن أي اضطراب في جانب من جوانب الشخصية يؤثر بالجوانب الأخرى ويتأثر بها. ذلك أن تكوين الشخصية المتوازنة والمتكاملة غاية الصحة النفسية لتأخذ هذه الشخصية دورها في المجتمع وتعمل على تطويره من خلال ايجاد التوازن بين حاجات الشخصية من جهة ومطالب المجتمع من جهة أخرى. وتبرز أهمية عملية الإرشاد النفسي لتحقيق الصحة النفسية للشخصية من خلال مساعدة هذه الشخصية على تحقيق بعض السلوكات السوية أهمها:

- الايجابية: تجاه المواقف الحياتية لاتخاذ مواقف متوازنة نحو الحياة، بحيث لا تقف الشخصية عاجزة أمام الصعوبات التي تقف في طريق تحقيق أهدافها.
- التفكير بطموح والعمل بواقعية: من خلال تحديد أهداف طموحة تتناسب مع قدرات الفرد وإمكاناته وظروف البيئة.
- التفاؤل: دون مغالاة أو إفراط.
- ضبط النفس: من خلال التحكم بالرغبات في المواقف التي تثير الانفعال وتؤدي إلى التهور.
- الرضا عن الذات والعمل والشعور بالسعادة.
- تحمل المسؤولية والاعتماد على النفس واتخاذ القرار.
- احترام الآخر.

ثامناً: أهداف الإرشاد النفسي:

أ. تحقيق الذات:

لا شك أن الهدف الرئيسي للإرشاد النفسي هو العمل مع المسترشد لتحقيق ذاته إلى درجة يستطيع فيها أن ينظر إلى نفسه فيرضى عنها. ولدى الفرد دافع أساسي يوجه سلوكه وهو دافع تحقيق الذات. ونتيجة لوجود هذا الدافع فإن الفرد لديه استعداد دائم لتنمية فهم ذاته ومعرفة نفسه وفهم استعداداته وإمكاناته، اي تقويم نفسه وتوجيه حياته بنفسه بذكاء وبصيرة وكفاية في حدود المعايير الاجتماعية، وتحديد أهداف للحياة وفلسفة واقعية لتحقيق هذه الأهداف، وتحقيق مطالب النمو في ضوء معاييره وقوانينه حتى يتحقق النضج النفسي.

ب. تحقيق التوافق:

من أهم أهداف الإرشاد تحقيق التوافق والذي هو مساعدة الفرد على تحقيق التلاؤم والانسجام بين الفرد وبيئته دون أن يكون أحدهما على حساب الآخر. أي تناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الإنسان وبيئته، وهذا التوازن يتضمن إشباع حاجات الفرد بما لا يتعارض مع متطلبات البيئة. ويجب النظر إلى التوافق النفسي نظرة متكاملة بحيث يتحقق التوافق المتوازن في كافة مجالاته. **ومن أهم مجالات التوافق ما يلي:**

التوافق الشخصي:

أي السعادة مع النفس والرضا عنها وإشباع الدوافع والحاجات والتوافق مع مطالب النمو في مراحله المتتابعة.

التوافق المهني:

ويتضمن الاختيار المناسب للمهنة والاستعداد علميا وتدريبيا لها والدخول فيها والشعور بالرضا والنجاح.

التوافق الاجتماعي:

ويتضمن الالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية وقواعد الضبط الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي السليم مع الآخرين وتقبلهم والعمل لخير الجماعة والفرد.

ج. تحقيق الصحة النفسية:

إن تحقيق الصحة النفسية للفرد يظهر من خلال قدرته على القيام بوظائفه النفسية بشكل متناسق ومتكامل في إطار وحدة الشخصية. ويرتبط بتحقيق الصحة النفسية كهدف مساعدة المسترشد على حل مشكلاته بنفسه. ونشير هنا إلى أن تحقيق الصحة النفسية كهدف يختلف عن تحقيق التوافق النفسي كهدف، ويرجع ذلك إلى أن الصحة النفسية والتوافق النفسي ليسا مترادفين. فالفرد قد يكون متوافقا مع بعض الظروف وفي بعض المواقف ولكنه قد لا يكون صحيحا نفسيا، لأنه قد يساير البيئة خارجيا ويعارضها داخليا.

د. تنمية القدرة على اتخاذ القرار:

يحتاج الفرد إلى المساعدة النفسية لأن لديه درجة ما من الصراع الداخلي يتعلق بكيفية اتخاذ القرار بشأن موضوع معين، وبالتالي يحتاج الفرد إلى التوعية وتوسيع مدى تصوراته وتوقعاته لتشمل البدائل المتاحة أمامه ليختار من بينها الأنسب.

ه. تحسين بيئة الفرد:

تحقيق جو نفسي صحي يضمن احترام الفرد كشخصية في حد ذاته، وتحقيق الحرية والأمان والارتياح له لنمو شخصيته النمو المتوازن والمتكامل في المجتمع الذي يعمل أو يعيش فيه.

يقوم الإرشاد النفسي على علاقة تفاعلية بين المرشد والمسترشد بهدف التغلب على الصعوبات ومشكلات عدم التوافق التي يعاني منها الناس. **وتختلف المشكلات عندهم باختلاف:**

1) **اسباب المشكلة:**

التي تختلف من شخص لآخر، فهذا الطالب يعاني من فشل دراسي، وهذه الفتاة تعرضت لصدمة عاطفية، وهذا الزوج يعاني من التفكك الأسري.

2) **شدة المشكلة:**

والتي تكون عند أحد المسترشدين بسيطة يتم تجاوزها بسرعة، وأخرى تؤثر على شخصية المسترشد بأكملها، وقد توصله في بعض الأحيان إلى المرض النفسي.

3) **موقف الفرد من المشكلة:**

حيث يختلف الأفراد فيما بينهم في المواقف التي يتخذونها تجاه معاناتهم، وهذا دليل على اختلاف شعورهم بالمعاناة، فبعضهم يبقى متفائلا رغم المأساة، وآخر يحول المعاناة إلى انجاز، وثالث يستمد الشعور بالمسؤولية من المعاناة ليغير ذاته نحو الأفضل لمواجهة الحياة، ورابع يستسلم للمشكلة ليغوص في أعماق التشاؤم.

4) **طرق مواجهة المشكلة:**

حيث يختلف الأفراد في الطرق التي يسلكونها لمواجهة المشكلة، فقد يلجأ بعضهم إلى المواجهة المباشرة والبحث عن حلول للتخفيف من وطأتها، وآخر يلجأ إلى استخدام بعض الوسائل الدفاعية كالتبرير والإسقاط والنكران وغيرها ليحقق لذاته الراحة المؤقتة والمزيفة، وآخر يلتمس المساعدة من صديق وفيّ أو قريب ناصح أو مشعوذ محتال.

تاسعاً: العلاقة بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي:

الإرشاد النفسي:

هو علاقة إنسانية بين مرشد ومسترشد، الأول لديه مؤهلات علمية وخبرات عملية تؤهله لتقديم المساعدة للمسترشد الذي يعاني من مشكلة ما ويحتاج إلى من يقدم له المساعدة. ويستخدم المرشد مجموعة من الأساليب الإرشادية التي تمكن المسترشد من فهم ذاته واكتسابه مهارات جديدة تساعده على حل مشكلاته والتوافق مع الحياة واتخاذ القرارات المناسبة.

العلاج النفسي:

هو معالجة أفراد يعانون من مشكلات انفعالية أو سلوكية أو اضطراب عقلي، من خلال اتصال شفوي بشكل أساسي. وفي جميع أشكال العلاج النفسي، تتم مناقشة مشكلات الفرد مع المعالج الذي يفهم هذه المشكلات من أجل مساعدته على تعديل أفكاره وانفعالاته وسلوكياته المزعجة.

- ويبدو أن هناك تداخلا بين مصطلحي الإرشاد النفسي والعلاج النفسي، وأن هناك نقاطاً مشتركة كثيرة وبعض نقاط الاختلاف بينهما. ويرى.
- يشتركان في الأسس التي يقومان عليها ويستخدمان لغة مشتركة وأساليب مشتركة مثل المقابلة ودراسة الحالة...الخ.
- استراتيجيات وأهداف كل منهما واحدة وهي: الإستراتيجية الإنمائية والوقائية والعلاجية.
- إجراءات عملية الإرشاد وعملية العلاج النفسي واحدة في جملتها، فمنها في كل من الميدانين: الفحص، وتحديد المشكلات، والتشخيص، وحل المشكلات، واتّخاذ القرارات، والتعلم، والمتابعة، والإنهاء.
- المرشد النفسي والمعالج النفسي لا يخلو منهما مركز إرشاد أو عيادة نفسية.

ورغم وجود عناصر الاتفاق الكثيرة بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي فإن بعضهم يحاول وضع الحدود الفاصلة أو المميزة بين الميدانين ولو على وجه التقريب مع اعترافهم بصعوبة هذا لأنهم لا يعرفون بالضبط أين ينتهي هذا وأين يبدأ ذلك.

وفيما يلي أهم عناصر الاختلاف بين الإرشاد النفسي وبين العلاج النفسي.

الجدول التالي يوضح أهم أوجه الاختلاف هذه:

الإرشاد النفسي	العلاج النفسي
المساعدة فيه وقائية	المساعدة فيه علاجية
يتعامل مع الأسوياء	يتعامل مع المرضى
مساند للبناء النفسي	معيد للبناء النفسي
قصير المدى	طويل المدى
يركز على نقاط القوة في الشخصية	يركز على نقاط الضعف فيها
يركز على الجانب الشعوري	يركز على الجانب اللاشعوري
التركيز على المشكلة	التركيز على صاحب المشكلة
يركز على الحاضر	يركز على الماضي

وبهذا نجد أن الفرق بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي فرق في الدرجة وليس في النوع، وفرق في المسترشد وليس في العملية. ومعنى هذا أن عملية الإرشاد النفسي وعملية العلاج النفسي خطواتهما واحدة مع فرق في درجة التركيز والعمل.

هذه الفروق البسيطة تنعكس في بعض الاختلافات البسيطة في التخصص والممارسة. وفي هذا المجال نتفق مع رأي باترسون القائل بأنه: لا توجد تفرقة حاسمة بين الإرشاد والعلاج، لا في طبيعة العلاقة ولا في الطرق والأساليب، ولا في الأهداف والنتائج العامة، ولا في أنواع الحالات. ولكن من أجل السهولة فإن عملية الإرشاد

تشير إلى العمل مع الحالات الأقل اضطراباً والتي تواجه مشكلات خاصة مع أقل درجة من اضطراب الشخصية، وتدور عملية الإرشاد غالباً في أماكن غير طبية، بينما يشير العلاج النفسي إلى العمل مع حالات أكثر اضطراباً وفي مواقع طبية غالباً. (باترسون، 1992، 8)

الطب النفسي:

هو فرع من فروع الطب يختص بعلاج الاضطرابات النفسية منطلقا في فهمه لها من العوامل العضوية ومعتمدا في علاجها على الوسائل الطبية مثل الأدوية والصدمات الكهربائية.

عاشراً: أوجه التشابه والاختلاف بين نظريات الإرشاد (العلاج) النفسي:

تتراوح نظريات الإرشاد النفسي بين محددات هامة لابد من الإشارة إليها:

- **الشعور مقابل اللاشعور:**

هذا جدل قديم يدور حول معرفة النفس الإنسانية وأسرارها، وعقلانية السلوك الإنساني أو لا عقلانيته، والشعور واللاشعور. فبعض نظريات الإرشاد ترفض صراحة أي اعتبار للمحددات اللاشعورية للسلوك. في حين تعتبرها نظريات ثانية أكثر محددات السلوك أهمية. وتذهب نظريات أخرى إلى الموازنة بين الشعور واللاشعور.

- **الوراثة والبيئة:**

حيث تقلل بعض النظريات من أهمية الاستعانة بما هو وراثي في تحديد السلوك، وبعضها يعتبر تأثير العامل الوراثي أساسي في تحديد هذا السلوك. وبالرغم من الجدل القائم في نظريات الإرشاد النفسي بين تأثير العوامل الوراثية

والبيئية، إلا أنه لا يوجد من ينكر التفاعل القائم بين العوامل الوراثية والبيئية في تكوين شخصية الإنسان.

- **الماضي والحاضر:**

إن بعض النظريات ترى أن المفتاح إلى معرفة سلوك الراشد ومشكلاته يكون في معرفة حياته في سنوات الطفولة المبكرة أي أن فهم الحاضر يعتمد على ما حدث في الماضي.. في حين ترى نظريات أخرى أن سلوك الإنسان يمكن فهمه وتفسيره عن طريق معرفة الواقع الراهن وحده.

- **فهم الذات:**

ترى بعض النظريات أن أهم خاصية للإنسان هي إدراكه لذاته، وهي المفتاح إلى فهم العديد من السلوكات. والذات هي التي تشكل نواة الشخصية في بعض النظريات. ونظريات أخرى تقلل من أهميتها.

يبدو من استعراض نظريات الإرشاد النفسي أنها مختلفة عن بعضها من حيث الفلسفات والمفاهيم الأساسية والأهداف والطرائق، ولكن المتعمق فيها يلاحظ استفادة كل نظرية من سابقاتها وصياغة مصطلحات جديدة لمفاهيم قديمة واعتماد تقنيات فريدة، ولهذا نجد اتفاقاً في جوانب متعددة حتى ولو اختلفت طرق التعبير عنها. ويرى باترسون أنه كلما تعمق الفرد في دراسة مجموعة من النظريات والأساليب الإرشادية أو العلاجية، كلما شعر أنه في غابة، فالاختلافات وعدم التناسب والتناقضات تبدو على كل المستويات من الفلسفة إلى التكنيكات والمفاهيم المتعلقة بطبيعة الإنسان وبالاضطرابات الانفعالية أو السلوك المرضي متغايرة بدرجة ملحوظة، فمن تصور للفرد محدد سلفاً بالبيئة، إلى تصور أنه قادر على الاختيار الحر.(باترسون، 1990، ص 532).

تتفق نظريات الإرشاد النفسي في نقاط كثيرة وتختلف فيما بينها فيما يخص منشأ الاضطرابات النفسية وطرق العلاج، كالتحليل النفسي الذي يركز على الجانب الانفعالي وخبرات الطفولة والاتجاه الإنساني الذي يركز تحقيق الذات وقبول الذات غير المشروط بالرغم من الصعوبات التي تعترض الفرد، والاتجاه العقلاني الانفعالي السلوكي والاتجاه المعرفي والمعرفي السلوكي الذين يتفقون على أن الاضطرابات الانفعالية ترتبط باضطراب المحتوى المعرفي لدى الفرد من (أفكار، تخيلات، تفسيرات، معاني) انطلاقاً من أفكار الفرد وتوقعاته وإدراكاته السلبية والخاطئة تعد هي المسؤولة عن الانفعالات غير الملائمة، وربما ذلك راجع إلى اختلاف الأصول التي استندوا إليها الباحثون. ورغم اختلاف الأصول التفسيرية في النظرة إلى الاضطراب النفسي، إلا أن جميعها تؤكد على أن هناك علاقة وثيقة بين المعرفة من(أفكار وآراء) وبين الصحة النفسية والمرض النفسي، فالصحة النفسية تتحقق بقدر دقة وصحة أفكار الفرد عن نفسه وعن الآخرين، فعندما تكون أفكار الفرد دقيقة وصحيحة تكون الصحة النفسية، وعندما تكون غير دقيقة يكون المرض النفسي.

وتتجلى أوجه الشبه العامة بين نظريات الإرشاد النفسي في أهم ما يلي:

- تكاد تجمع نظريات الإرشاد النفسي على أن هناك مناهج ثلاثة لتحقيق أهداف الإرشاد النفسي: المنهج الإنمائي والوقائي والعلاجي.
- توافق كل النظريات على أن الكائنات الإنسانية قادرة على التغير أو متغيرة بالفعل. (باترسون، 1990، ص 553).
- تنطوي كل أشكال النظريات على رغبة المسترشد للحصول على المساعدة والدعم النفسي من المرشد وذلك للتخلص من الاضطراب الذي يعاني منه.
- أن كل النظريات تسعى نحو شيء واحد وهو تحقيق الذات.
- هناك اتفاق على أن بعض أنواع السلوك غير مرغوب، أو غير ملائم أو مؤلم أو يؤدي إلى عدم الرضى أو إلى عدم السعادة. (باترسون، 1990، ص 554).
- تسعى كل نظرية إلى معرفة مسار الاضطراب الذي سلكه منذ بداية ظهوره

حتى لحظة وصول المسترشد إلى المركز للعلاج. وبالرغم من اختلاف النظريات المتعددة في عملية سير الاضطراب إلا أنها تتفق على وجوب معرفة الاضطراب وتشكله وبداية ظهوره.

- أن الماضي يؤثر في الحاضر ويشير إلى المستقبل.
- تسعى كل النظريات إلى إيجاد موقف الثقة والتقبل بين المسترشد والمرشد.
- تستخدم كل نظرية أساليب مشتركة لتشخيص حالة المسترشد مثل الملاحظة والمقابلة ودراسة الحالة والاختبارات...
- أهمية التعلم في تغيير السلوك وتحقيق التوافق النفسي.
- تتجه نظريات الإرشاد نحو إحداث تغيير لدى المسترشد في العادات أو السلوك أو الأفكار أو الخبرات.
- تهدف جميع النظريات إلى تخفيف التوتر والقلق لدى المسترشد.
- يتوقع أتباع كل نظرية بأن مرضاهم سيتحسنون نتيجة العلاج بالتكنيكات الخاصة بنظريتهم.
- يعتقد أتباع كل نظرية بأن المتعالج يجب أن يكون نشطاً وفعالاً في العلاج.
- التأكيد على أهمية العلاقة الإرشادية بين المسترشد والمرشد في نظريات الإرشاد جميعها.

ويرى زهران أن أهم أوجه الاختلاف بين نظريات الإرشاد النفسي تكمن في:

- أن بعض النظريات نما في حجرات المعالجين وبعضها خرج من معامل علم النفس وبعضها نتج عن الدراسات الإحصائية.
- أنه يوجد اختلاف حول الأهمية النسبية للمحددات الشعورية واللاشعورية للسلوك.
- تختلف النظريات حول أهمية الدور الذي يلعبه التعزيز.
- تتفاوت النظرة إلى أهمية الخبرات الخاصة والذاتية.
- بعض النظريات تحترم الاختبارات النفسية وبعضها لا يهتم، بل يؤكد على ذات الفرد. (زهران، 1982، 119).

ونحاول فيما يلي إجراء بعض المقارنات لبيان أوجه الشبه والاختلاف بين بعض نظريات الإرشاد النفسي:

تركز نظرية التحليل النفسي على دور العوامل البيولوجية والوراثية في حياة الإنسان وبخاصة الجنس، وأهملت الجوانب الاجتماعية. كما تنطلق من أن كثيراً من اضطرابات الفرد ومشكلاته ناجمة عن الغرائز. والغريزة هي قوة داخلية بيولوجية في الفرد هدفها التصدي لعوامل التوتر الناتج عن الحاجات البيولوجية، ويرى فرويد أن هناك غريزتين أساسيتين عند الإنسان هما: غريزة الحياة ويقابلها الجنس الذي يعمل على حفظ الذات والحياة. وغريزة الموت ويقابلها العدوان، وهي تسعى إلى التدمير والتخريب. ويوجد صراع بين الغريزتين ينتج عنه إما سلوك متوافق أو سلوك متعارض يؤدي إلى اضطراب في شخصية الفرد.

ويرى فرويد أن الشخصية تتألف من ثلاثة أنظمة رئيسة أطلق عليها مسميات: الهو، والأنا، والأنا الأعلى، وهذه الأنظمة على الرغم من استقلاليتها إلا أنها تتفاعل مع بعضها بعضا تفاعلاً وثيقاً يصعب معه أحياناً فهم تأثير كل منها. ويتكون الهو من كل ما هو وراثي أو خلقي ويشمل ذلك الغرائز التي تقدم الطاقة التي تعمل بها الأنظمة الأخرى، وهو يجاهد من أجل إشباع الحاجات الغريزية على أساس مبدأ اللذة. وإن الأنا هي الأداة التي تتولى تهذيب تلك الحاجات والرغبات الفطرية حتى تتمكن من تحقيقها في الإطار الاجتماعي. وتعتبر الأنا المدير التنفيذي للشخصية. أما الأنا الأعلى فهي الدرع الأخلاقي للشخصية، حيث تعتبر مستودع المثاليات والأخلاق والقيم.

لقد أخذ بيرن رائد نظرية الإرشاد بتحليل التعاملات من مسميات فرويد: الهو والأنا (الذات) والأنا الأعلى، الذات فقط، ولم ينظر إليه كمجرد دور يقوم به الفرد، وإنما وجوداً حقيقياً يمكن ملاحظته. ولقد طور بيرن مفهوم الذات وقسمه إلى ثلاثة أجزاء (حالات) نفسية، وهي: حالة الوالد الذي يمثل الجانب الأخلاقي، وحالة الراشد الذي يمثل الواقع، وحالة الطفل الذي يمثل الهوائية في الشخصية، حيث ينتقل الإنسان طوال حياته من الواحة للأخرى.

ترى السلوكية، خلافاً لرأي التحليل النفسي (فرويد)، بأن الفرد يولد صفحة بيضاء ومن خلال التربية يتعلم السلوك سواءً كان السلوك سوياً أم مرضياً. وبالتالي فهي تنظر إلى الإنسان نظرة ميكانيكية آلية وتتكون شخصيته وأفكاره عن طريق عمليات التعلم " مثير — استجابة". ويهدف الإرشاد إلى إحداث تغيير في بناء السلوك الظاهري كما أنه لا يهتم بالبحث في الماضي، ولكنه يهتم بصفة أكبر بما يحدث الآن، فهو يهتم بالواقع الحالي للمسترشد وهذا لا يمنع من التطرق للماضي ولكن دون تركيز شديد عليه. وترى النظرية السلوكية أن كل تصرفات الإنسان السوية منها والشاذة هي سلوكات متعلمة، أي أن سلوك الإنسان خاضع لظروف البيئة. وبالتالي فالشخصية من وجهة نظر هذه النظرية هي الأنماط المتسقة من السلوك، أي أننا إذا أردنا أن نحدد شخصية فرد ما، فإن علينا أن نحدد ما يفعله وما يقوم به من تصرفات. وتتفق مع وجهة النظر هذه نظرية الإرشاد بالواقع (جلاسر) التي تركز على السلوك، حيث أن بوسع الإنسان ضبط سلوكه وتصرفاته بسهولة أكثر من ضبط تفكيره ومشاعره. كما تركز على الحاضر باعتبار أن الماضي قد تم تثبيته ولا يمكن تغييره، أما الذي يمكن تغييره فهو الحاضر.

وتخالف نظرية السمات والعوامل (وليامسون) وجهة نظر التحليل النفسي (فرويد) معتبرة أن الإنسان يُولد ولديه الطاقة للخير والشر، ويلبي حاجاته وينمي امكانياته ويوجه سلوكه من خلال التفاعل مع الآخرين. وأن معنى الحياة هو البحث عن الخير ورفض الشر.

تعتبر نظرية التحليل النفسي أن الإنسان مخلوق يتحكم فيه الماضي وهو حصيلة هذا الماضي. في حين تعتبر النظرية السلوكية أن الإنسان آلة نستطيع التحكم في إدارتها بمهارة متزايدة. أما الإنسان حسب نظرية الإرشاد بالمعنى (فرانكل) ليست له صفات الآلة، وهو ليس بكائن في قبضة الماضي، وإنما فرد يخلق معنى الحياة بحرية. ويخالف فرانكل وجهة نظر فرويد التي تعتبر الغريزة الجنسية هي المحرك الأساسي لسلوك الإنسان. حيث يذهب الإرشاد بالمعنى إلى اعتبار إرادة المعنى المحرك الذي يفسر كفاح الإنسان في الحياة. وتعتبر نظرية الإرشاد متعدد

الوسائل (لازاروس) أن للوراثة والتكوين البيولوجي دوراً مهماً في تكوين الشخصية، كما يظهر الدور المهم للتعلم واضحاً في ذلك. كما أن سلوك الإنسان يتأثر بعوامل داخلية وخارجية (البيئة).

ومن خلال البحث عن العلاقة بين نظرية التحليل النفسي ونظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي (إليس) نجد أن فرويد وإليس يتفقان في تأكيدهما على مبدأ اللذة والغرضية في الدافعية وعلى الضبط العقلاني للانفعالات. لكن يختلف إليس عن فرويد في تركيزه على المدخل المعرفي في الشخصية، في حين أن فلسفة التحليل النفسي تركز على المدخل الانفعالي، فإن السلوكيين وإليس لا يهتمون بالتداعي الحر، وتحليل الأحلام، ولا بالأصول الجنسية للاضطراب.

لقد ذهب إليس إلى أن الناس يضطربون لأنهم يقبلون أفكار غير عقلانية أو قضايا غير منطقية. وأورد مجموعة من الأفكار غير المعقولة وغير المنطقية مثل: إنه من الضروري والملح للإنسان أن ينال بالفعل استحسان كل شخص هام في البيئة، وأن يكون كفئاً وفعالاً ومنجزاً بصورة تامة، وأن هناك حلاً واحداً صحيحاً لكل مشكلة وغيرها من الأفكار الخاطئة التي وإن كانت شائعة بين الناس فإنها تقف وراء سلوكهم الخاطئ وتزيد من تعاستهم. ويركز العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على البناء المعرفي والجانب الانفعالي والسلوكي لدى الفرد وتفاعلاتها، فهو نموذج متعدد الأبعاد وانتقائي في مفهومه وتركيبه، ويقترب هنا من النظرية الانتقائية في الإرشاد النفسي.

وكما أن الفرد يمكن أن يتبنى هذه الأفكار غير العقلانية فإن الأسرة يمكن أن تتبنى هذه الأفكار أيضاً، بحيث تحكم علاقاتها مع الأسر الأخرى فضلاً عن علاقة أفرادها بعضها ببعض. وأن الأسرة عندما تتعرض لأزمة أو لمشكلة فإن واحداً أو أكثر من الأفكار غير العقلانية قد يكون جزءاً من طريقة تفكيرها مما يعقد المشكلة، فإذا ظن أفراد الأسرة أنه لا يوجد إلا حل واحد كامل ودقيق لكل مشكلة، فإن هذا الاعتقاد سوف يصرفهم عن التفكير في مواجهة المشكلة، إذا ما كان الحل

الذي يتصورونه فوق قدرتهم، وهو نمط من التفكير الذي لا يسمح بالاستفادة من الإمكانيات المتاحة بالفعل عند أفراد الأسرة لمواجهة مشكلتهم.

يعتبر إليس أن آدلر (تحليل نفسي) هو المروج الرئيسي للعلاج العقلاني – الانفعالي، حيث أدرك أهمية المعرفة والتفكير في سلوك الأفراد حيث قال أن "سلوك الشخص ينبع من أفكاره" و"يحدد اتجاه الشخص نحو الحياة وعلاقته بالعالم الخارجي". وقد عبر آدلر عن نظرية ABC بقوله أن: " الخبرة ليست سبب النجاح أو الفشل، ونحن لا نعاني من صدمات خبراتنا ولكننا نجعل منها ما يلائم أغراضنا، ونحن محدودين ذاتياً بواسطة المعاني التي نضيفها على خبراتنا" (مليكة، 1994، ص190 – 191). إلا أن إليس يختلف عن أدلر في تأكيد الثاني على أهمية ذكريات الطفولة الأولى المبكرة والعلاقة بين المرشد والمسترشد وتحليل الأحلام.

يؤكد الاتجاه الإنساني على أن تكيف الفرد يتأثر بدرجة كبيرة بقدرته على إشباع دوافعه المختلفة حيث رأى روجرز أن لدى الفرد نزعة فطرية، هي نزعة تحقيق الذات، أما ماسلو فقد أكد على أن تكيف الفرد يتوقف على إشباع حاجاته المختلفة لكن حسب أولويات إشباعها، أما الاتجاه العقلاني فيرى أن تكيف الفرد يخضع لنظام المعتقدات والأفكار التي يتبناه الفرد. ويفترض كل من إليس وماسلو وروجرز على أن البشر يمتلكون قدرات كبيرة ومميزة على التغيير وتحقيق ذواتهم، ولكن يمكنهم القيام بذلك فقط عن طريق التمسك بوجوديتهم وبتعليمهم على كيفية النظر إلى تصرفاتهم وأفكارهم اللاعقلانية والعمل جاهداً على نقد هذه الأفكار والمبادئ.

أما نظرية الإرشاد بالمعنى فهي تؤكد على إنسانية الإنسان وطبيعته الخيرة وقدرته على التحكم بمصيره – بخلاف التحليل النفسي – حيث تصر على كرامة وقيمة الفرد في سعيه للنمو وأن لديه القدرة على توجيه وتنظيم وضبط ذاته إذا توفرت الظروف المعقولة التي تساعد على تحقيق النمو. وإن التوازن أو تخفيف التوتر أو مبدأ اللذة عند التحليليين لا يكفي برأي الوجودية لتعليل السلوك

الإنساني، ولكن الدافع الأساسي للسلوك هو تحقيق معنى، كما أن العصاب برأي الوجوديين ليس نتيجة للصراع الذي يحدث بين الدوافع والغرائز، ولكن نتيجة للصراع بين القيم المختلفة، أو بعبارة أخرى نتيجة للصراعات الأخلاقية أو المشكلات الروحية وهذا يسمى العصاب الروحي.

يتفق جلاسر (العلاج بالواقع) مع السلوكين واليس فيما يتعلق بالتأكيد على السلوك الراهن بدلاً من الحوادث الماضية، وأن يوجه المرشد الفرد ليمكنه من معرفة ذاته ومواجهة الحقيقة. ويؤمن جلاسر بأنه مهما كانت ظروف الفرد التي قادته لأن يسلك بطريقة معينة، قاسية أو غير عادية، فإنه يجب أن يوضح له أن أحداث الماضي لا تبرر له أن يسلك بطريقة غير مسؤولة، وأنه مهما حدث في الماضي فإن عليه أن يتحمل مسؤولية ما يفعله في الحاضر (الريحاني، 1987، ص81). وهذا يختلف مع نظرية التحليل النفسي التي تركز بشكل كبير على ماضي "خبرات" اللاشعور من أحداث وذكريات مؤلمة فضلاً عن الصراعات والدوافع (ذات الطابع الجنسي من وجهة نظر فرويد) والانفعالات الشديدة التي تؤدي في النهاية إلى الاضطراب النفسي، وأن العلاج بالتحليل النفسي يهدف إلى فتح مناطق اللاشعور لتصبح موضع تفحص الشعور ويركز فرويد على أثر الغرائز في السلوك الإنساني وبخاصة في السنوات الخمس الأولى من حياة الإنسان، وأنها المحرك والموجه لتطور حياته المستقبلية.

كما يختلف إليس عن جلاسر، حيث ركز جلاسر على السلوك أكثر من التركيز على المشاعر والانفعالات، إذ يقوم العلاج بالواقع على فكرة مؤداها أن البشر لديهم سيطرة محدودة على مشاعرهم وأفكارهم، وأن بوسعهم أن يضبطوا سلوكهم وتصرفاتهم بسهولة عن أن يضبطوا تفكيرهم وشعورهم. (الشناوي، 1994، ص 234). وكذلك يرى جلاسر أن كل الناس لديهم عدة حاجات أساسية أو ضرورية وبخاصة إلى التأييد والنجاح، وأنه إذا أعيد إشباع هذه الحاجات فإن الفرد لا يمكن أن يتقبل ذاته أو أن يكون سعيداً، بينما إليس يفكر في إطار رغبات أو نزعات

إنسانية تصبح حاجات فقط إذا عرفها الناس كذلك خطأ.(عبد الله، 2008، ص99).

وإذا ناقشنا نشأة الاضطراب النفسي نجد أن نظرية التحليل النفسي ترى أن التكوين البيولوجي والوراثي والنفسي للطفل يمثل العوامل التي تسهم في نشأة الاضطراب النفسي، ويأتي الإنسان إلى الدنيا كطفل لديه جوانب عجز كثيرة، وهذا العجز يولد الموقف الأول للخطر، ومن ثم القلق والخوف من فقدان حاجات متعددة ومنها المحبة. وتعود أسباب الاضطرابات النفسية إلى أهم ما يلي:

1. إحباط الرغبات الجنسية عن طريق الأنا الذي مازال ضعيفا في مقابل الرغبات الجنسية، وينشأ الإحباط كرد فعل للقلق، حيث يتوقع الأنا أن إشباع الرغبة الجنسية سيؤدي إلى الخطر فيكبت هذه الرغبة الخطيرة في الطفولة، وعن طريق الكبت فإن الأنا يستعيد جانبا من تنظيمه وتبقى الرغبة المكبوتة غير متاحة.
2. التحويل الممكن للرغبات الجنسية المحيطة إلى أعراض عصابية، والتي تعتبر إشباعات بديلة للرغبات الجنسية المحبطة، ولا ينتج دائما عن الكبت تكوين أعراض، ففي حالات الحل الناجح للعقدة الأوديبية قد يجري تدمير الرغبات المكبوتة وتحول طاقاتها إلى استخدامات أخرى.
3. عدم ملاءمة الكبت مع استيقاظ وشدة الجنسية عند البلوغ بعد أن كان فعالا خلال الطفولة وفي أثناء فترة الكمون وبذلك يعيش الفرد صراعا عصابيا مركزا.
4. الطريقة غير المرضية التي ينظم بها المجتمع الأمور الجنسية ومن شأن الأخلاق أو الأنا الأعلى أن يطلب التضحية بالرغبات الجنسية لصالح المجتمع.
5. الصراع بين الأنا والأنا الأعلى والهو. وتقع مسؤولية القيادة على الأنا التي تحاول حل الصراع بين الهو والأنا الأعلى وإقامة التوازن بينهما.
6. أساليب التعلم الخاطئة في مرحلة الطفولة (السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل).

حيث ينشأ العصاب في الطفولة، إلا ان أعراضه قد لا تظهر إلا في وقت متأخر عند التعرض لضغط أو أزمة جنسية، تشابه ذلك الاضطراب المكبوت أو الأثر المترتب عليه. أي أن العصاب يستمر لأن عملية الكبت لا شعورية، وبالتالي لا قدرة للأنا على الوصول إلى المواد المكبوتة في اللاشعور حتى تحل الصراع، أي أن تكوين الأعراض العصابية بسبب الظروف المتوافرة لها توجد عن طريق إعادة جدولة الرغبات الجنسية المحبطة. وتستمر الأعصبة بناء على الطريقة غير المشبعة أو غير المرضية التي تنظم بها الجماعة الأمور الجنسية، إذ أن على الأنا والأنا الأعلى التضحية بالرغبات الجنسية بشكل أكبر مما هو ضروري أو مرغوب فيه. (باترسون، 1989)، (الشناوي، 1994).

أما بيك (Beck) أبرز رواد الإرشاد المعرفي فأشار إلى أن الاضطراب الانفعالي لا يمكن فصله عن طريقة تفكير الفرد وإدراكه وتفسيره بل وتخيله، إذ أن لكل فرد منا توقعات تسبق مواجهته الأحداث والوقائع التي يتعرض لها، وغالباً تكون مرتبطة بتوقعات نحو الذات والآخرين ونحو المستقبل، وهذه التوقعات قد تكون ايجابية، ومن ثم يصاحبها خبرات انفعالية سارة، وقد تكون هذه التوقعات ذات طبيعة سلبية، وبالتالي ترتبط بالاضطرابات الانفعالية للفرد. (حسين، 2008، ص129). ويرى بيك أن الناس يستجيبون للأحداث انطلاقاً من المعاني التي يضيفونها وينسبوها للأحداث والوقائع، وتلك المعاني تحدد رؤيته لذاته ولعالمه ولمستقبله. (يوسف، 2001، ص102). فالاستجابات الانفعالية التي يخبرها الفرد سواءً كانت ايجابية أو سلبية يكمن وراءها أبنية معرفية (معاني – قواعد – توقعات – أفكار – تخيلات) وتسمى بالأفكار التلقائية السلبية تسبق ظهورها، فإذا كانت هذه الأفكار والمعاني سلبية كانت سبباً في حدوث الاضطرابات الانفعالية، إذ ينفعل الناس للأحداث تبعاً للمعاني التي يسبغونها على هذه الأحداث. فهذه المعاني تؤلف ما يسمى بالواقع الداخلي للفرد(حسين، 2008، ص129). وبذلك يتفق بيك مع إليس بدور الأبنية المعرفية في الاضطراب الانفعالي، وأن مشاكل الفرد مستمدة من تحريفات معينة للواقع مبنية على مقدمات منطقية ومفاهيم عقلية غير صحيحة.

وهكذا نجد أنه على الرغم من اتفاق رواد التوجه المعرفي على أهمية المعارف ودورها في نشأة الاضطرابات الانفعالية، إلا أن المصطلحات المعرفية التي استخدمت لديهم في تفسير الاضطرابات الانفعالية جاءت متباينة تبعاً لاختلاف توجهاتهم في العلاج، فإذا كان إليس في نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ركز على الأفكار اللاعقلانية ودورها في نشأة وتكوين الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد، نجد أن بيك أكد في نظرية العلاج المعرفي على أن الأفكار التلقائية السلبية والتشويه المعرفي والمخططات المعرفية تعد هي المسؤولة عن ظهور الاضطرابات النفسية. ورغم هذا كله فإنهم يتفقون جميعاً على أن الاضطرابات الانفعالية ترتبط باضطراب المحتوى المعرفي لدى الفرد من (أفكار، تخيلات، تفسيرات، معاني) انطلاقاً من أفكار الفرد وتوقعاته وإدراكاته السلبية والخاطئة تعد هي المسؤولة عن الانفعالات غير الملائمة (حسين، 2007، ص84).

وترى نظرية الإرشاد متعدد الوسائل أن السلوك غير المتكيف (الاضطراب النفسي) يرجع إلى ظروف التعلم الذي يحدث أثناء تعرض الفرد للمؤثرات الخاصة بهذه الظروف والترابطات الشرطية والتقليد. في حين ترى نظرية تحليل التعاملات أن اختلال التوازن بين الحالات الثلاث في الشخصية: الوالد والراشد والطفل يُولد المرض النفسي.

لقد تبين من خلال عرضنا للنظريات وجود بعض التشابه بين الإرشاد السلوكي والإرشاد المعرفي في الأسس والمبادئ العامة. ولكن يرفض أصحاب نظرية المثير والاستجابة دور المتغيرات المعرفية، حيث يرى سكنر أن المتغيرات المعرفية ليس لها دور يذكر في الإشراط الإجرائي، وتفسير السلوك يكون فقط بالرجوع إلى العلاقة بين المثير والاستجابة. إلا أن إليس يختلف مع السلوكية الكلاسيكية "سكنر" في إهماله للجوانب المعرفية، وتركيزه على الأعراض الظاهرة فقط. يرى ولبي أن سلوك الفرد تحكمه عوامل عقلية ومعرفية، إلا أنه يرى أن تعديل السلوك سوف يؤدي أولاً إلى تعديل الظواهر الفكرية كالاستبصار، والاتجاهات والمعتقدات، وستتغير معه أساليب التفكير" (ابراهيم، 1994، ص 275).

تختلف النظرية المعرفية عن السلوكية بأن المعرفية تعتقد أن العمليات المعرفية تتدخل في التفاعلات التوافقية للفرد مع البيئة وليس الأمر فقط مجرد اشتراط سلوكي / مثير – استجابة/. كما أن ردود الأفعال الانفعالية لها دور كبير وأن العمليات المعرفية تدخل ضمن عمليات التعزيز، فالأشخاص يدركون التعزيز بطرق مختلفة ويفسرونه أيضاً.

أما أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي (باندورا، دولارد وميللر) فيولون أهمية خاصة للعمليات المعرفية في دراسة الشخصية، حيث يؤكد رواد هذه النظرية على دور العمليات الداخلية الوسيطة (كالتفكير، التمثيل العقلي، الانتباه الانتقائي) التي تتوسط بين المثيرات والاستجابات. حيث يؤكد باندورا على أهمية التفاعل المتواصل بين المؤثرات البيئية والعمليات المعرفية (أفكار، معتقدات، قيم، صور عقلية) والسلوك، وهو ما أطلق عليه اسم الحتمية التبادلية Reciprocal Determinism، بمعنى أن هناك علاقة تبادلية بين الأفكار والسلوك والبيئة، فتغيير الأفكار ينتج عنه تغيير في السلوك، وفي نفس الوقت فإن تغيير

السلوك ينتج عنه تغيير في الأفكار، ولهذا فالاستجابات الانفعالية والسلوكية التي تصدر عن الفرد تجاه الأحداث والوقائع هي نتيجة طريقة إدراكه وأفكاره وتفسيراته التي يعطيها الفرد لهذه الأحداث.(حسين، 2008، ص92 – 93).

تختلف النظرية السلوكية عن نظرية التعلم الاجتماعي بأن نظرية التعلم الاجتماعي تعتبر بأن السلوك يتأثر بنتائجه، ولكنها ليس المؤثر الوحيد، وهي لا تعمل بطريقة آلية، بل أن العوامل الاجتماعية أيضاً تؤثر في فعالية السلوك ونتائج فالسلوك يمكن أن يتأثر بنتائج الملاحظة كما يتأثر بالخبرة المباشرة. أي أن السلوك يتأثر بعوامل شخصية كما يتأثر بعوامل اجتماعية.

ويرى دولارد وميللر أن قدرة الإنسان الخاصة على استخدام اللغة والاستدلال الرمزي تجعل استجاباته لكثير من المواقف المحيطة به متوقفة على تفسيره إياها أو على الرموز التي تحملها له (إبراهيم، 1994، ص286). ولهذا فهما يريان أن الاستجابة الانفعالية للفرد تنتج من الطريقة التي يقيم ويعنون بها المثيرات وليس بالضرورة من الخصائص الموضوعية للموقف ذاته.(حسين،2007، ص91). ويتفق هنا إليس مع دولارد وميللر في تأكيدهما على أهمية عملية الإدراك في نشأة الاضطرابات النفسية، كذلك مع باندورا وولبي.

يرى ميكينبوم (سلوكي معرفي) أن معظم إن لم تكن جميع الاضطرابات العاطفية هي نتيجة للأساليب اللاعقلانية التي يدرك فيها الناس العالم المحيط بهم وما يلحق بهم من افتراضات لاعقلانية نحو هذا العالم. وفي نفس الوقت فإن هذه الافتراضات تقود الفرد إلى مناقشات ذاتية وعبارات لفظية ذاتية ذات آثار سلبية على السلوك.(الريحاني،1987، ص74).

ويرى ميكنبوم أننا إذا كنا بصدد إحداث تغيير في السلوك فإن علينا أن نفكر قبل أن نتصرف، ومثل هذا التفكير (وهو نتيجة لحديث داخلي) يقلل من تلقائية السلوك غير المتوافق (الشناوي، 1994، ص127)، فما يقوله الناس لأنفسهم يحدد الأفعال التي يقومون بها، ويفسر ميكنبوم السلوك غير الطبيعي عن طريق ما يملكه الفرد من أفكار، والأفكار عنده هي عبارة عن تعليمات تستعمل في تنمية المهارات السلوكية، وإذا تعلم الفرد تعليمات خاطئة فإنها ستؤدي به حتماً إلى سلوك غير طبيعي.

وترى النظرية العقلانية الانفعالية في الشخصية أن الكائن الإنساني لديه استعداد فطري لاكتساب الأفكار اللاعقلانية أو اكتساب الأفكار العقلانية. وأنه عن طريق الظروف الاجتماعية والحديث الخاص للذات (الحوار الداخلي) يعمل على زيادة الأفكار غير المنطقية

وتطويرها، ومن ثم حدوث الاضطراب النفسي. ولكن لدى الإنسان قدرة فائقة على التفكير بشكل عقلاني وتفادي حدوث الاضطرابات النفسية. وفي ضوء ذلك يعرض إليس في نظريته ما يسمى ABC في تحليل الاضطراب. ويرى إليس أنه على الرغم من أن (A) هو الحادث الذي يقع قبل ظهور الاضطراب الانفعالي، إلا أنه ليس هو السبب الرئيس المباشر للنتيجة التي نشاهدها في (C)، وإنما ينتج هذا الاضطراب عن نسق التفكير الموجود لدى الفرد والذي يُرمز له بالحرف (B) سواء كان هذا النسق منطقياً أو غير منطقي. وهذا يعني أن لدى الشخص إمكانية اختيار معتقدات عقلانية أو غير عقلانية، وذلك عندما توجد عوائق أمام تحقيقه لأهدافه. وعندما يختار الفرد تبني المعتقدات والتفسيرات غير العقلانية للحدث المؤثر، فإن ذلك يؤدي إلى نتائج انفعالية وسلوكية سلبية وغير مناسبة، وإلى حدوث الاضطراب النفسي لدى الفرد. وعندما يختار الفرد تبني المعتقدات العقلانية غير المطلقة، فإن ذلك يؤدي إلى نتائج انفعالية وسلوكية مناسبة، وإلى عدم حدوث اضطراب نفسي لدى الفرد. (Ellis, 1994, 61 – 80، Ellis, 1985, 12 – 13)

وهكذا وفقاً لهذه النظرية، فالإرشاد الفعال يتعامل أساسا مع الأفكار(B) أكثر من التعامل مع الحدث المؤثر (A) أو الناتج (C). ويهدف في النهاية إلى فهم الأفكار غير المنطقية لدى المسترشد ومحاولة أن نجعل المسترشد يغير أو يوقف مثل هذه الأفكار اللاعقلانية.

وتركّز نظرية الإرشاد التمركز حول المسترشد (روجرز) على أن الاضطراب النفسي ينشأ من وجود شروط للأهمية تقف حائلاً بين الفرد وإشباع حاجاته للاعتبار الايجابي من جانب الآخرين مما يضطره إلى إنكار جانب من خبراته ومحاولة إبعادها أو تشويه الواقع

وبذلك لا تضاف الخبرة إلى الذات وينشأ عدم التطابق الذي يعتبره روجرز مرادفاً للاضطراب النفسي أو العصاب. وبما أن أهم عامل في الشخصية من وجهة نظر روجرز هو مفهوم الذات، لذلك فإن أي إحباط يعوق ويهدد إشباع الحاجات

الأساسية للفرد ينتج عنه تقويم سيئ للذات ونقص احترام الذات. فالاضطراب هو التهديد الذي يمكن أن يأخذ أشكالاً مختلفة، ولكنه يكون موجهاً إلى بناء الذات ومفهومنا عن ذواتنا، ويحدث التهديد تبعاً لادراكاتنا المختلفة للخبرات التي يمر بها نظام القيم الذي يحمله الفرد والذي يوجه عملية الانتقاءات للخبرات فإذا كان نظام القيم لدينا مأخوذا عن الآخرين وليس نابعاً عن الأصالة فإننا نستمر في الضياع أو الشعور بعدم التفرد أي أننا لا نكون أصحاب ذواتنا. (الزيود، 1998، 187).

ويعّرف روجرز التهديد بأنه تلك الحالة التي يدرك فيها الفرد شعورياً أولا شعورياً تناقضاً أو عدم تجانس بين الخبرة ومفهومه عن ذاته، وهذا يعتبر تهديداً لأن شخصية الفرد لم تعد ثابتة ومنسقة بشكل كامل، كما أن هناك عدم تنظيم بدرجة معينة قد تحدث حينها (إنه يمثل درجة من التفكك). (عبد الله، 2000، 349).

إن التناقض وعدم التجانس بين الخبرة والذات عند الفرد قد يتم خفضها وانقاصها عن طريق عملية إعادة التكامل في الشخصية، إن إعادة التكامل ترجع وتجدد التجانس بين الخبرة والذات من خلال الاحتفاظ بعملية الدفاع (عبد الله، 2000، 354). ولكي يحدث التطابق أو يزداد حدوثه ينبغي أن يحدث نقص في شروط الأهمية وزيادة في الاعتبار غير المشروط للذات. كما ينشأ في نظرية روجرز سوء التوافق والسلوك اللاسوي عن طريق النقد والعقاب الناتجين عن النظرة الموجبة المشروطة التي يلقاها الفرد في المجتمع، فنحن عندما نجوع فإن المثيرات التي نعرف أنها تشبع فينا الجوع هي التي يتوجه إليها إدراكنا دون سائر المؤثرات التي نتجاهلها، والإدراك انتقائي، وهو ينتقي من نظرة موجبة مشروطة، الصور الرمزية، ومن الخبرات ما يتفق مع مفهوم الفرد عن نفسه. وقد "اعتقد روجرز عن أن سبب العديد من المشاكل النفسية يمكن أن تعود إلى توقعات الناس عن أنفسهم كما هم حقيقة (الذات الحقيقية) والتي تختلف عن توقعات ماذا يجب أن يكون الناس (الذات المثالية). ودعا روجرز هذا الفرق بين التوقعات الحقيقية والتوقعات المثالية ب

(عدم الانسجام أو عدم التوافق)، وهدف الإرشاد المتمركز حول المسترشد هو التقليل من عدم الانسجام النفسي بالتجارب الجبرية التي ستجعل تحصيل الذات المثالية محتملة" (Rcarlson, 2000, 601).

يرى (لازاروس) واضع نظرية العلاج المتعدد الوسائل أن اضطرابات الشخصية تعود إلى ظروف التعلم، من حيث وجود تعلم غير مناسب أو غير كاف. فالمشكلات لا تنشأ عن الصراعات أو الصدمات أو نقص المعلومات أو الأفكار الخاطئة، وإنما من الفجوات الموجودة في ذاكره الشخص والتي لم تُزود بالمعلومات الضرورية والعمليات الخاصة بالتعامل مع المواقف مما يجعلها غير مجهزة للتعامل مع المطالب الاجتماعية.

وبمقارنة أسلوب إليس بأسلوب ميكينبوم نجد أن الأول يؤكد على محتويات الأفكار اللاعقلانية التي يحملها الفرد وضرورة هدمها واستبدالها بأفكار عقلانية جديدة، بينما يؤكد ميكينبوم على الأحاديث الذاتية السلبية ودورها في تكوين الاضطرابات النفسية، وعلى ضرورة استبدال التعليمات التي تم تعلمها في الماضي، والتي أدت إلى السلوك المضطرب بتعليمات جديدة تؤدي إلى اكتساب مهارات جديدة.(كمال، 1994، ص294 – 295)

إن كلاً من العلاجين: السلوكي والمعرفي يضع المعالج في دور الخبير، إنه يقّوم مشكلة المريض في صور من القصور المعرفي أو التفكير المضطرب، ثم يشرع في تقويم تفكير المريض من خلال تعليم مباشر أو غير مباشر، أو من خلال التدريب على مهارات اجتماعية أو شخصية – كما في نظرية ميكينبوم – (باترسون، 1990، ص 540 – 541). أما العلاج بالمعنى فإنه يسلك طريقاً آخر، فلا يوجد فيها تشخيص أو تقويم، وللمعالج الحرية في استخدام أية طريقة يعتقد أنها ملائمة أثناء العلاج.

وهكذا نلاحظ أن معظم نظريات الإرشاد النفسي تعطي أهمية كبيرة لفهم الشخصية من حيث معرفة العلاقة بين التفكير والانفعال، وبين المعرفة والانفعال والسلوك ودور الأحاديث الذاتية في انفعال الفرد وسلوكه وتأثير الأفكار والمعتقدات على الحالة المزاجية، ودور التصور والتخيل كوسيط معرفي يؤثر على انفعال الفرد وسلوكه، وتأثير الاضطراب الانفعالي على الحالة الفيزيولوجية وتأثير الميول الفطرية وتوقع الفرد ومركز التحكم وخصائص الفرد من دافعية وغرضيه وسببية على الانفعال والسلوك. كما أنها تبين الظروف والعمليات التي تؤدي إلى الاضطراب الانفعالي والسلوكي، من دور التفكير اللاعقلاني وتأثير سوء تقدير الذات وأيضاً إخفاق أساليب الدفاع اللاشعورية وانخفاض درجة تحمل الفرد للإحباط وتوقع الفرد للتهديد وغيرها. وهذا يساعد في فهم الشخصية ومعرفة تأثير كل من المعرفة والانفعال والسلوك وكيفية توظيف ذلك في عملية العلاج أو الإرشاد، ومن ثم فهم كيفية الإصابة بالاضطراب الانفعالي ومن ثم مساعدة الفرد على فهم هذه الأمور وتعديل أفكاره ومعتقداته وسلوكاته على نحو يحقق له قدراً ملائماً من الصحة النفسية.

إن الموقف الحالي للإرشاد النفسي – كما عند باترسون – يشبه موقف الرجل الذي جهز فرسه وانطلق به في كل الاتجاهات، فالتوجه التنظيري للمعالجين مبني على فروض ونظريات وايديولوجيات متعددة ومتشعبة، فالأفراد الممارسون في أي فن يتوقع منهم أن يكونوا متغايرين، ولكن بعض المدارس العلاجية المنظمة تنظيماً جيداً يبدو أنها تتقاسم أو تتقاطع في الأغراض أو الغايات مع مدارس أخرى منظمة بالدرجة نفسها، وعلى أية حال فإن كل المدارس إذا توفرت لها الظروف المواتية فإنها تحقق نتائج طيبة، فالمريض أو المسترشد يحصل على الراحة، وغالباً ما يحقق الشفاء مما يعانيه من صعوبات. (باترسون، 1990، ص 531).

ويتراءى لنا من خلال عرض نظريات الإرشاد النفسي وتقويمها أننا قد نفضّل نظرية على أخرى، ولكننا لا نستطيع رفض أية نظرية رفضا كاملا، أو الاستغناء عنها، وإنما نناقشها ونقارنها بغيرها ونستفيد من ايجابياتها ومن نقد

سلبياتها، وإن أي نقص في أية نظرية لا يمنعها من امتلاك مدى معينا من الفائدة والتطبيق العملي، وتكمل هذه النظريات بعضها بعضا، وإن كل نظرية في الإرشاد النفسي مفيدة إذا استطعنا التعلم منها وعرفنا تقنياتها وكيفية الاستفادة منها.



الفصل الثاني

نظرية التحليل النفسي

Psychoanalysis Theory

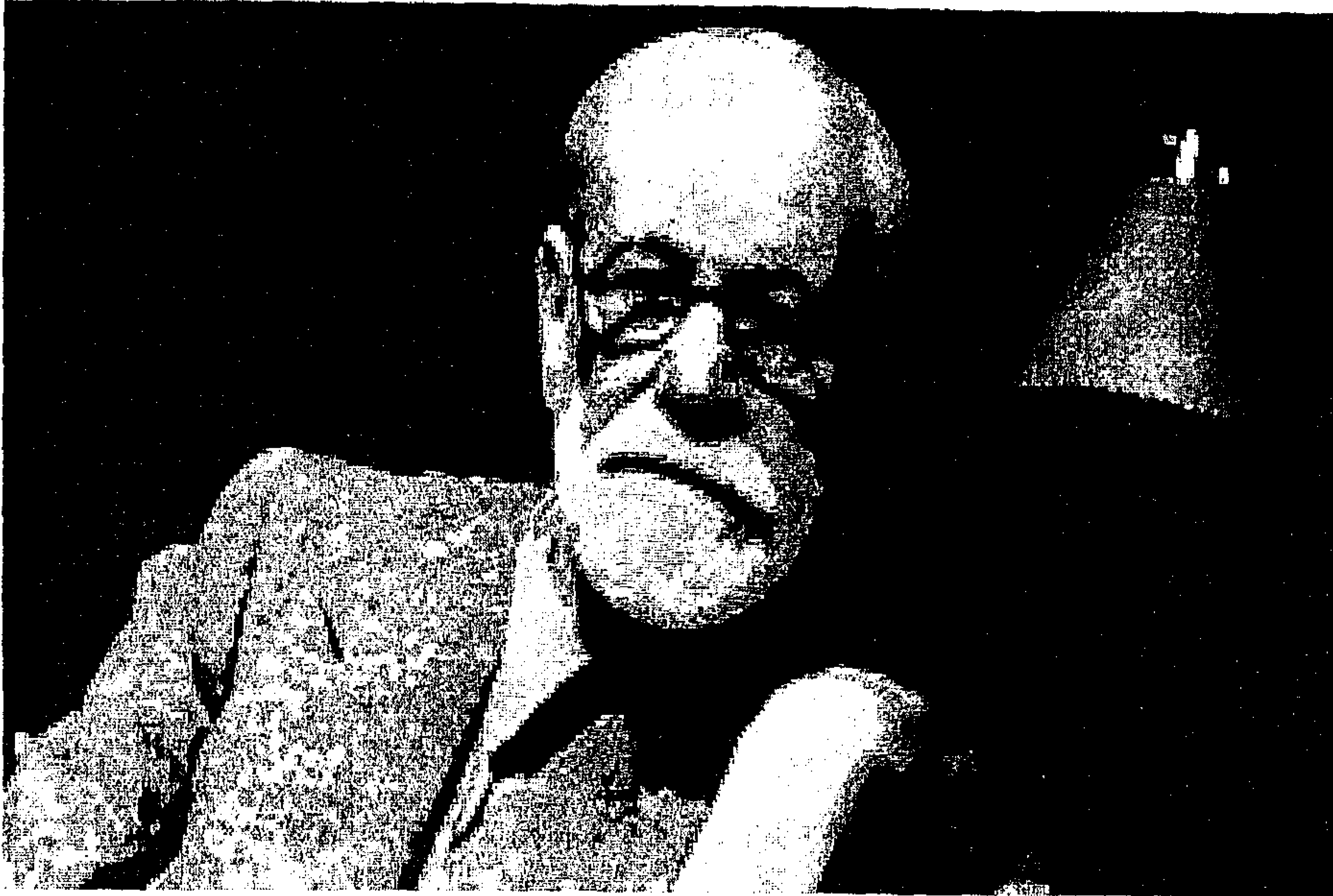
- مدخل.
- تطور نظرية التحليل النفسي.
- الشخصية من وجهة نظر التحليل النفسي.
- بنية الشخصية.
- مراحل تكوين الشخصية.
- أهداف نظرية التحليل النفسي.
- النظرة إلى الاضطراب النفسي.
- الأساليب والتقنيات المستخدمة.
- دور المرشد النفسي.
- تقويم النظرية.

الفصل الثاني
نظرية التحليل النفسي
Psychoanalysis Theory

أولاً: مدخل:

تعتبر نظرية التحليل النفسي من أهم النظريات التي حاولت تفسير طبيعة الإنسان والعصاب والأمراض النفسية والشخصية الإنسانية بشكل عام، ويعتبر فرويد أول المؤسسين لنظرية التحليل النفسي عام 1881 والتي نشأت من واقع عمله مع مرضاه، حيث انطلق منه باعتماده على أسس بيولوجية، وقد ظهر واضحا في نظريته في مجال الغرائز. وكذلك فسر فرويد الحياة النفسية لكل فرد في اتجاهين أساسين: أولهما يتمثل في البناء العضوي للإنسان، وثانيهما: يتعلق بالأفعال اللاشعورية والشعورية لدى الفرد. حيث رأى أن التحليل النفسي عبارة عن عملية يتم من خلالها استكشاف ماضي "خبرات" اللاشعور من أحداث وذكريات مؤلمة فضلاً عن الصراعات والدوافع والانفعالات الشديدة التي تؤدي في النهاية إلى الاضطراب النفسي، كما أن التحليل النفسي هو عملية استدراج هذه الخبرات المؤلمة من منطقة اللاشعور وذلك عن طريق التعبير الحر التلقائي والتنفيس الانفعالي ومساعدة المريض في حل مشاكله.

ويرى شقير أن العلاج بالتحليل النفسي يهدف إلى فتح مناطق اللاشعور لتصبح موضع تفحص الشعور – أنا أو الذات الواعية – علماً بأن هذه الرغبات والدوافع والأفكار المكبوتة جميعها ذات طابع جنسي من وجهة نظر فرويد (شقير، 2002، 192). كما ركزت هذه النظرية على أثر الغرائز في السلوك الإنساني وبخاصة في السنوات الخمس الأولى من حياة الإنسان، وأنها المحرك والموجه لتطور حياته المستقبلية.



ثانياً: تطور نظرية التحليل النفسي:

يعتبر سيجموند فرويد (Sigmund Freud) (1856 – 1939) مؤسس مدرسة التحليل النفسي. وهو نمساوي الأصل، درس الطب في كلية الطب بفيينا. وفي سنة 1885 غادر فيينا إلى باريس وتعرف على الطبيب الفرنسي جان شاركوت (Charcot J.) حيث كان يستخدم التنويم المغناطيسي (Hypnosis) لمعالجة الهستيريا، وقد أعجب فرويد به وهو الذي تعلّم منه أن معالجة الهستيريا على أنها مرض نفسي وليست مرضاً عضوياً، كما أكّد له أن بعض حالات الأمراض العصبية يكون سببها مرتبطاً بوجود اضطراب في الحياة الجنسية. وفي سنة 1886م عاد إلى فيينا ويبدأ يشتغل بدراسة الحالات العصبية بعامة والهستيريا بخاصة مستعملاً التنويم المغناطيسي. فحقق نجاحاً مقبولاً. وفي عام 1880 بدأ بالتعاون مع الطبيب النمساوي هو جوزيف بروير 1925 – 1842) (Breur J.، وكان يستعمل التنويم المغناطيسي في العلاج أيضاً، حيث تعلم منه فرويد علاج حالات الهستيريا بطرية التنفيس (Catharsis) والتي أطلق عليها بروير العلاج بالكلام، حيث بدأ الاثنان باستعمال طريقة التحدث مع المرضى، فحققّا النجاح ونشرا أبحاثهما في عامي 1893 و1895 وصارت طريقتهما مزيجاً من التنويم والتحدث،

وألّفا معا كتاب "دراسات في "الهستيريا" الذي يعتبر بداية لظهور مدرسة التحليل النفسي في علاج السلوك الشاذ. ولكن سرعان ما اختلف فرويد وبروير، وانصرف بروير عن الطريقة كلها، مما أدى إلى انفصالهما، غير أن فرويد قد استمر في بحوثه ودراساته التي أسست مدرسة التحليل النفسي.

ثم تابع فرويد عمله تاركاً طريقة التنويم المغناطيسي، معتمداً على طريقة التحدث طالباً من المريض أن يسترخي ويتحدث مفصحاً عن كل خواطره، وسماها طريقة التداعي الحر (Free Association) سالكاً طريقَ رفع الرقابة عن الأفكار والذكريات. ثم نشر أول كتبه "دراسات في الهستيريا" عام 1895، وكذلك كان يطلب من مريضه أيضاً أن يسرد عليه حلمه الذي شاهده في الليلة الماضية، مستفيداً منه في التحليل، وقد وضع كتاب "تفسير الأحلام" الذي نشره سنة 1900، ثم كتاب (علم النفس المرضي) ثم تتالت كتبه وصار للتحليل النفسي مدرسة واضحة المعالم. أسس فرويد في فيينا دائرة علمية، واتصل به عدد من المهتمين في سويسرا وأوروبا عامة، مما أدى إلى انعقاد المؤتمر الأول للمحللين النفسيين سنة 1908 إلا أن هذه الدائرة لم تدم طويلاً إذ انقسمت على نفسها إلى دوائر مختلفة. وفي عام 1938 غادر فيينا إلى لندن ليقضي أيامه الأخيرة فيها مصاباً بسرطان الفم حتى أدركته الوفاة في أيلول 1939.

لقد أثارت نظرية فرويد جدلاً كبيراً في أثناء حياته، وهاجمه الكثيرون وخاصة في ألمانيا، حيث أحرقت كتبه في احتفال في عام 1933، كما اختلف معه كثيرٌ من زملائه مثل: يونغ وآدلر، والفرويديون المحدثون، حول ما تتضمنه هذه النظرية من أفكار الأمر الذي دفع الكثيرين من هؤلاء إلى اقتراح البدائل لها لتفسير السلوك البشري في صحته ومرضه ومعالجته. (هول ولندزي،1971)، (الزيود، 1998)، (الشناوي، 1994)، (حمصي، 1986).

يعتبر علم النفس التحليلي أحد التيارات الفاعلة على ساحة التحليل النفسي، حيث ظهر خلال العقد الثاني من القرن العشرين بفضل البحوث والدراسات التي أجراها أحد أعضاء الرابطة الدولية للتحليل النفسي النشيطين، وهو كارل يونغ (1875 - 1961) (Yung, G.) الذي ولد في سويسرا، ودرس الطب في جامعة بازل. وبدأ نشاطه العلمي والعملي في عيادة الطب النفسي تحت إشراف جانيه، ثم بلولر. وانضم إلى الهيئة التدريسية في جامعة زيوريخ في العام الدراسي (1905 – 1906). وفي عام 1907 سافر إلى فيينا، وتعرف فيها على فرويد. ووجد لدى هذا الأخير الكثير من الأفكار التي تتفق مع توجهاته آنذاك. فعمل على الإفادة منها وتطويرها في أثناء نشاطه العملي اللاحق. وفي عام 1909 سافر برفقة فرويد إلى الولايات المتحدة الأمريكية تلبية للدعوة التي تلقاها من ستانلي . هول. وهناك عرض خلاصة خبرته الميدانية في مجموعة من المحاضرات. وخلال تلك الأعوام برز يونغ كقطب من أقطاب التحليل النفسي. فكان أول رئيس للرابطة الدولية للمحللين النفسيين ومحرر أول مجلة ناطقة باسم التحليل النفسي (Johrbush).

وابتداء من عام 1911 اتخذت خلافاته مع فرويد طابعاً حاداً انتهت بانفصاله عنه وباستقالته من الرابطة ورفضه العمل في المجلة. وكان ذلك عام 1913 . وبعد هذا التاريخ بقليل تخلى عن التدريس في الجامعة ليتفرغ كلية للنشاط العيادي. واستطاع في غضون فترة قصيرة أن يستقطب مجموعة من الأطباء النفسيين ويؤسس معها "نادياً سيكولوجياً"، تركزت نشاطاته بصورة عامة حول تبادل الآراء والخبرات العملية. وقد مارست المجموعة نشاطها هذا على شكل حلقات بحث كان يديرها ويوجهها يونغ. وبفضل أعماله وخبرته في ميدان الطب النفسي ذاع صيته، فقصده المرضى من مختلف البلدان، ومنها إنكلترا والولايات المتحدة. وهذا ما شجعه على بذل المزيد من الجهد في مجال تخصصه. ومن أجل إشباع ميله إلى الفلسفة والإلمام بالنظريات الفلسفية القديمة والحديثة، وجد أن أفضل السبل التي تؤدي إلى هذا الهدف هو سبيل الاتصال المباشر بممثلي تلك

النظريات والتعرف على مدى تمثلهم لها وتأثرهم بها. تعرف يونغ على الثقافات الشرقية، ووقف على تأثيرها في سلوك أبناء المنطقة وعاداتهم وتقاليدهم. واستغل فرصة وجوده في الولايات المتحدة الأمريكية خلال عامي 1924 و1925، فقصد إحدى قبائل الهنود الحمر التي تعيش في المكسيك، واطلع على نمط الحياة فيها ونوع الروابط القائمة بين أفرادها. وفي عام 1926 سافر إلى كينيا لنفس الهدف، ودفعه شغفه بالفلسفة الهندية القديمة ورغبته في معرفة تعاليم الديانة البوذية وطقوسها إلى القيام برحلة إلى الهند وسيلان (سيرلانكا حالياً) عام 1937، وسوف تترك الانطباعات التي خلفتها مشاهداته ومطالعاته خلال هذه المرحلة بصمات واضحة على نتاجه العلمي فيما بعد. وربما يكون هذا الجانب واحداً من أهم العوامل التي عمقت خلافه مع فرويد، وأدت إلى ظهور مؤسسات تعكس هذا الخلاف وتؤكده. فقد تأسست الرابطة الدولية للطب النفسي عام 1933 التي انتخب يونغ على رأسها. كما أقيم عام 1948 معهد في مدينة زيوريخ يحمل اسم يونغ لتعليم علم النفس التحليلي ونشر مبادئه وأفكاره وطرائقه.

لقد عُرف يونغ في طريقته في التداعي. وهذه الطريقة، وإن حملت ضمن مبادئها بعضاً مما أقيمت عليه طريقة التداعي الحر، فإنها تختلف عنها في بنيتها وأسلوب تطبيقها. فهي تذكرنا بالطريقة التي ابتكرها ابن سينا لمعرفة الأسباب الحقيقية والمباشرة للمرض. ذلك لأن كلاً من الطريقتين تعتمد في الوصول إلى الهدف المطلوب على استجابات المريض على الكلمات . المثيرات التي تعرض عليه. وترجع نشأة طريقة التداعي التي وضعها يونغ إلى عام 1906. ويحدد يونغ مهمة هذه الطريقة في دراسة مجموعة من العمليات الحسية والارتباطات النفسية الداخلية والقدرة على الصياغة الكلامية والعروض الحركية. ويجد أن لكل واحدة من هذه الوقائع النفسية نصيباً من الاستجابة. ويصرف النظر عما يقال عادة من أن التداعي يكون حراً، وأن بإمكان المفحوص أن يرد كيفما يشاء، فإن الحقيقة التي يبرزها يونغ هي أن المفحوص مرغم على البوح بالأشياء التي يعتقد خطأ بأنها من الأسرار، وإن أي تلكؤ أو تردد يبديه المريض في أثناء الاستجابة على الكلمة – المثير

يعتبر، في رأي يونغ، مؤشراً على وجود علاقة غير عادية مع الموضوع الذي تدل عليه الكلمة – المثير. وغالباً ما يكون هذا النوع من الاستجابات نتيجة تدخل قوي من الجانب الانفعالي.

لقد تمكن يونغ بفضل استخدام هذا الاختبار في نشاطه العيادي من ملاحظة بعض الحالات المرضية التي تختلف أعراضها ومسبباتها عما وصفه فرويد وفسره بالرغبات الجنسية الطفولية.

وهكذا ينبغي إضافة المعارف الفلسفية التي كان يمتلكها يونغ ونتائج تحليله لمعطيات الثقافة الشعبية والديانات والأساطير إلى معطيات تجربته العيادية لتكون الخطوط التي أنشأ منها نظريته التحليلية.

إن اعتراض يونغ على الدور الاستثنائي الذي تلعبه الرغبات الجنسية في الحياة النفسية لم يكن ليعني رفضه لجميع المفاهيم التي جاء بها التحليل النفسي الكلاسيكي. وبما أنه أحد أقطاب التحليل النفسي وصاحب اتجاه من اتجاهاته فقد أبقى على بعض تلك المفاهيم واستخدمها على النحو الذي ينسجم مع أفكاره وتصوراته. ومن بينها مفهوم "الليبيدو" الذي عنى به الطاقة النفسية التي تتبدى في خضم الحياة وتدرك كنزعة ورغبة ذاتيتين. فبعد أن كان هذا المفهوم يرمز إلى الطاقة الجنسية التي تتخذ أشكالاً محددة تعرف بها مراحل حياة الإنسان، أصبح الآن يشير إلى طاقة نفسية، تتضمن فيما تتضمن الرغبة الجنسية كشكل من أشكال تجلياتها. ففي المراحل العمرية الأولى تتجسد هذه الطاقة في غريزة التغذية التي تتولى مهمة إنضاج العضوية، وشيئاً فشيئاً يفسح النمو العضوي المتدرج والمتعاقب مجالات جديدة لاستعمال الطاقة الليبيدوية، آخرها وأهمها الغريزة الجنسية.

ولما كان مفهوم الليبيدو يدل على القوة المحركة للسلوك الإنساني، فمن الطبيعي أن يرتبط عند يونغ – كما هو الشأن عند فرويد – بمكونات النفس وأقسامها. وقد اتفق يونغ مع فرويد حول تقسيم النفس إلى وعي ولا وعي، وأسبقية اللاوعي وكبر مساحته وأهميته في حياة الفرد بمقارنته مع الوعي. ولكن يونغ يخلع على اللاوعي صبغة سيكولوجية بدلاً من الصبغة البيولوجية الفرويدية. وهذا ما أبرزه في مسلمته حول وجود أفكار رمزية وشاملة تنتقل بالفطرة عبر الأجيال، وتؤلف قاعدة لكل ما سوف يكتسبه أو يتمثله المرء من تصورات خلال مراحل حياته. وقد أطلق على هذه الأفكار اسم الأنماط الأصلية أو الأولية (Archetypes).

تعتبر الأنماط الأولية، في نظرية يونغ، هي مخططات رمزية، أو صور عامة تختزل خبرة بني البشر في الصراع مع العالم الخارجي عبر حقب مديدة من الزمن. وقد وجدت تلك المخططات والصور منذ القديم طريقها إلى البنية البشرية، وصارت جزءاً من مكوناتها. فالخوف الذي يعتري الإنسان المعاصر لدى رؤيته بعض الحيوانات، كالأفاعي مثلاً، أو عند حلول الظلام... ما هو، في اعتقاد يونغ، إلا راسب نفسي ورثناه عن أسلافنا البدائيين حينما كانوا يعيشون في المغاور والكهوف، ويتعرضون دوماً لتهديدات تلك الحيوانات وهجماتها. وتؤلف هذه الأنماط جزءاً هاماً من اللاوعي يسميه يونغ "اللاوعي الجمعي" ليميزه عن جزء آخر من اللاوعي يطلق عليه "اللاوعي الفردي أو الشخصي". وعلى هذا النحو يحتفظ اللاوعي عند يونغ بالمكانة الهامة التي يحتلها في التحليل النفسي الفرويدي. ولكنه يختلف عن اللاوعي الفرويدي من حيث شكله ومضمونه. ومع أن تقسيم يونغ للاوعي إلى نظام جمعي وآخر فردي يعد جانباً ذا مغزى في هذا الاختلاف، إلا أن الجانب الأهم يكمن في خصائص كل منهما ودوره في حياة الفرد. فاللاوعي الجمعي (أو ما فوق الشخصي، كما يسميه، يونغ أحياناً)، يحتوي على ما هو مشترك بين الجماعة أو الشعب أو الإنسانية مما لا يكتسبه الفرد في مجرى حياته. إنه يتضمن الغرائز الفطرية والصور الأولية، البدائية. وصحيح أن المولود الإنساني الجديد لا يحمل أي تصور عن العالم، ولكنه يملك دماغاً على درجة عالية من الدقة والتنظيم. وهو يرث

هذا الدماغ، مع كل ما تثبت فيه من غرائز وأنماط وصور، عن الأسلاف بوصفه نتاجاً عضوياً للوظائف العصبية والنفسية التي كانوا يقومون بها. وتشتمل محتويات اللاوعي الجمعي على المعتقدات الجماعية والبشرية والأساطير، وعلى ما ورثه الإنسان عن الحيوانات. وهكذا ينظر يونغ إلى اللاوعي على أنه النظام النفسي الأهم والأقدم الذي يوجد بشكل مستقل عن نمو الفرد ووعيه وتجاربه.

ويستمد يونغ أدلته على وجود اللاوعي الجمعي من واقع ممارسته العيادية. فبعد أن اعترف بصعوبة إدراكه في الأحوال العادية يؤكد على وجود عناصره في الأحلام عبر الآثار الواضحة للصور الأسطورية، وبدرجة أكبر في حالات الاضطراب الذهني، ولاسيما الفصام. ومن الشواهد على وجود الصور الأسطورية والأفكار الرمزية لدى المرضى تلك الخيالات والتهيؤات التي تتكون لديهم والتي تشبه بمضامينها الصور الأسطورية والدينية التي نجدها عند مختلف الشعوب.وقد دفعته ملاحظاته هذه إلى القول بأن تلك الصور والأفكار هي تعبير عن عمل النفس الإنسانية اللاواعية (والحيوانية جزئياً)، التي تكونت نتيجة ما تركته تجربة الأسلاف القدامى من بصمات في بنية الدماغ.

أمّا اللاوعي الفردي فإنه يشغل من النفس الجزء العلوي الذي يتوضع على الطبقة الداخلية العميقة التي يحتلها اللاوعي الجمعي. ويحتوي اللاوعي الفردي على الذكريات والصدمات المنسية والنزوات والرغبات المكبوتة والعقد. وتؤثر هذه الوقائع والحالات النفسية على سلوك الفرد عن طريق آثارها التي تبقى في اللاوعي حتى ولو أ صبح إدراكها والشعور بها أمراً متعذراً تماماً. ويتضمن هذا النظام من اللاوعي، علاوة على ذلك، جميع الإدراكات والانطباعات تحت الواعية التي لم تشحن بالقدر الكافي من الطاقة كي تبلغ الوعي. ومن هذا المنظور فإن اللاوعي الفردي يرتبط مباشرة بالسيرة الذاتية للفرد وبتجاربه الحياتية. ويمكن الإطلاع على محتوياته (أو على بعضها)، بوساطة تفسير الأحلام والخيالات وتحليلها، وباستخدام طريقة التداعي.

وقد تثير فرضية اللاوعي الجمعي اعتراض الآخرين ودهشتهم. ومثل رد الفعل هذا لم يكن بعيداً عن حسابات يونغ وتوقعاته، بل إنه أشار إليه بصراحة وجلاء، وأرجع السبب في ظهوره إلى حداثة هذا المصطلح، مؤكداً، في الوقت ذاته، أن تداوله كفيل بتحويله إلى تصور مألوف، مثلما آل إليه مصير مفهوم اللاوعي.

ولعل من أهم النقاط التي تضمنتها نظرية يونغ في اللاوعي تتمثل في التفريق بين النفس والروح. فالنفس تعني، بالنسبة له، العمليات النفسية الواعية وغير الواعية. بينما تتجسد الروح في مجموعة الوظائف التي يطلق عليها اسم الشخصية (Personality). ويبدو من خلال ذلك أن يونغ يبتعد أكثر عن فرويد في النظرة إلى طبيعة اللاوعي ومحتواه. فبينما بدا اللاوعي عند فرويد وجوداً بيولوجياً وسيكولوجياً، أصبح عند يونغ ذا صبغة اجتماعية. وقد دأب على إبراز تلك الصبغة لدى تحديده لمحتويات كل من اللاوعي الجمعي واللاوعي الفردي ومصادرها. فالتصورات الرمزية التي تؤلف مضمون اللاوعي الجمعي هي رواسب الخبرة القديمة للبشرية. والحوادث والتصورات المكبوتة أو المنسية التي تشكل عناصر الوعي الفردي هي ثمرة التجربة الاجتماعية للفرد. ويتأكد النزوع الاجتماعي ليونغ أكثر في محاولته تقديم نظرية جديدة في الشخصية وإدخاله عدداً من المفاهيم المستحدثة، من مثل "الشخص" أو "القناع" و"الظل" و"الأنيما" (Anima) و"الأنيموس" (Animus) و"الشيخ الحكيم"، و"الذات". فقد أدخل يونغ هذه المفاهيم ليبرز تعدد مستويات النفس وتنوعها. هي تشير بصورة رمزية إلى نواح محددة من النفس اللاواعية فالشخص يرمز للناحية السطحية (الخارجية) من الشخصية، التي تتجلى في العلاقة المباشرة للإنسان بالآخرين دون أن تعكس وجهه الحقيقي. إنه صورة الإنسان التي يظهر فيها أمام نفسه وأمام الآخرين، أو القناع (Mask) الذي ترتديه الشخصية لإخفاء حقيقتها. ويرمز الظل (Derschatten) إلى كل ما هو منحط في أخلاق الإنسان. فقد قصد به يونغ وجود الجانب السلبي، القاتم في الشخصية الذي يحتوي على النزعات العدوانية والتخريبية، ويتوضع في أعماق النفس البشرية.

وتعبر الأنيما عن النمط الأول الأنثوي في الرجل، والأنيموس — عن النمط الأول الذكري في المرأة. ويرجع النمطان في نشأتهما إلى أصول جنسية قديمة. ولما كانا يشكلان نتاجاً نفسياً للعلاقات المشتركة بين الناس، فإنهما يعتبران في رأي يونغ، عاملاً هاماً في إحلال التناغم والانسجام بين الجنسين. ذلك لأن كل واحد منهما يحمل صورة عن موضوع الجنس المقابل. وغياب الانسجام والتفاهم بين المرأة والرجل يعود إلى اختلاف الصورة الأولية لدى كل منهما (أو لدى أحدهما) عن الصورة الواقعية للآخر. ويرمز مفهوم الشيخ الحكيم إلى حلم الإنسان وحكمته، وتغليب الواقع وإخضاع ما سواه من رغبات وحاجات لمعاييره. أما مفهوم الذات فقد أدخله يونغ ليعبر به عن الوحدة الكلية للنفس بشطريها الواعي واللاواعي. فالذات أعم وأشمل من "الأنا" الذي يقصر يونغ استخدامه على الوعي.

وقد وجد أن من النتائج السلبية للتطور الثقافي الذي عرفه العالم (الغربي على وجه التحديد) اختلال التوازن والاضطرابات النفسية التي تعاني منها الشخصية. ويرجع يونغ ذلك إلى اضمحلال دور الصور الرمزية للقيم التي يحملها الإنسان وخوائه الروحي مقابل الإشباع المادي الذي يتسم به العصر الحالي.

قسم يونغ الشخصية إلى نوعين أو نمطين: الشخصية المنبسطة، والشخصية المنطوية. حيث كشفت هذه المعطيات عن وجود سمات عامة لدى الناس إلى جانب الفروق الفردية بينهم، وقادته ملاحظاته لسلوك الأفراد وتتبع مجرى حياتهم إلى حقيقة مفادها أن بعضاً منهم يبدي اهتماماً واضحاً بالعالم الخارجي، بينما يعزف الآخر عن الموضوعات الخارجية ويتجه نحو ذاته ويهتم بعالمه الداخلي. إن كلاً منا ينحرف حتماً نحو هذه الناحية أو تلك، ويميل دوماً إلى تفسير الأشياء من زاوية النمط الذي ينتمي إليه. ويشير يونغ إلى أن أياً من النمطين لا يوجد بصورة مستقلة تماماً. فليس هناك شخص منطو تماماً، أو منبسط تماماً. ومن غير الممكن أن يوجد النمطان الواحد إلى جانب الآخر، وإنما يوجدان الواحد مع الآخر. وهذا يعني أن الشخصية الواحدة تتضمن عناصر الانبساط وعناصر الانطواء معاً، ولكن بنسب متفاوتة فمن طغت لديه عناصر الانبساط على عناصر الانطواء كانت

شخصيته من النمط المنبسط. بينما تكون شخصيته من النمط الانطوائي عندما تسيطر لديه عناصر الانطواء على عناصر الانبساط. (هول ولندزي،1971)، (عبد الرحمن، 1998).

ظهر ألفريد أدلر (1937 – 1870) (Adler, A.) مؤسس علم النفس الفردي بوصفه أحد تيارات التحليل النفسي من خلال أعمال ألفرد آدلر، أحد أطباء فيينا البارزين الذين شاركوا بقسط وافر في الرد على حملة الانتقادات التي تعرض لها فرويد عقب صدور كتابه "تفسير الأحلام". حيث نشر عدة مقالات دافع فيها بحماس شديد عن فرويد، ولاسيما الأهمية التي يكتسبها فك رموز الأحلام في الوقوف على الأسباب الحقيقية للأمراض النفسية. ولقد ثمن فرويد موقف آدلر عالياً، وباقتراح من فرويد أيضاً ترأس آدلر جمعية المحللين النفسيين في فيينا، وتولى الإشراف على تحرير "مجلة التحليل النفسي" التي كان فرويد رئيس تحريرها. وفي عام 1907 أصدر آدلر مؤلفه الأول بعنوان نقص الأعضاء، وقد خصصه لعرض الإطار العام لنظريته. وشهدت السنوات التالية حواراً ساخناً ومناقشات حادة داخل جماعة المحللين النفسيين. وتبعاً لذلك كانت أفكار آدلر تتبلور شيئاً فشيئاً، ومواقعه تبتعد أكثر فأكثر عن التعاليم الفرويدية إلى أن أعلن انفصاله عن فرويد عام 1911، وأنشأ جماعة خاصة أطلقت على نفسها اسم "جمعية الدراسات التحليلية النفسية الحرة". ومنذ عام 1912 أصبحت تعرف باسم "علم النفس الفردي"، وأصدرت مجلة تحت هذا الاسم. وفي هذه الأثناء نشر آدلر كتاباً بعنوان "قانون العصاب" وقد أُعتبر هذا الكتاب بمثابة الإعلان عن ميلاد "علم النفس الفردي". كما أنه يعتبر أول من افتتح عيادة لتوجيه الأطفال في فيينا عام 1922 لتعليم الآباء والمعلمين الوسائل في كيفية التعامل مع الأطفال، وكان يعتقد أن التعليم هو أكثر الأساليب كفاية للوقاية من الاضطرابات النفسية.

ثم ضاعف نشاطه الدعائي والتنظيمي داخل وخارج جماعة علم النفس الفردي التي كانت تضم أعضاء من بريطانيا وسويسرا وهولندا وفرنسا والنمسا. وتوج نشاطه بتأسيس "الرابطة الدولية لعلم النفس الفردي ". وفي عام 1935، وجد

نفسه مضطراً لمغادرة النمسا والنزوح إلى الولايات المتحدة الأمريكية. وهناك تابع عمله العيادي، واشتغل بالتدريس في جامعة كولومبيا. وبعد عامين سافر إلى سكوتلندا. وتوفي فيها.

إن العامل الاجتماعي، حسب ما يراه آدلر، وليس العامل العضوي، هو الذي يقرر وضع الفرد في الحاضر والمستقبل. وهذا ما يتجلى في الوقائع الحياتية التي تقدم لنا متى نشاء عدداً لا يحصى من البراهين والأدلة القاطعة. ويكفي أن نسلم مع آدلر بعجز الإنسان بعد ولادته وعيوبه العضوية لكي نقف على البدايات الأولى لتكوينه النفسي. فهذا العجز وتلك العيوب تولد لدى الطفل بالضرورة شعوراً بالنقص. ويسعى الطفل وراء كل ما يفعل وما يبنيه من علاقات إلى تجاوز عقدة النقص عنده، بل وإلى إظهار تفوقه، وهذا يعني أن رغبة الإنسان في تأكيد ذاته، وإرادته في السيطرة تحددان تطوره اللاحق. وللتعبير عن آلية هذا التطور يطرح آدلر مفهوم التعويض (Compensation) أو "التعويض الأعلى".

ويعتقد آدلر أن الطفل يتعرف على صفاته وإمكانياته العضوية من خلال تجربته الاجتماعية. وبفعل المعاناة الطويلة من الشعور بالنقص يتبلور هدفه في تجاوز ضعفه الطبيعي وتذليل العقبات والصعوبات التي تواجهه في بناء علاقاته الاجتماعية. وكلما أدرك الطفل تلك

العقبات والصعوبات وأحس إزاءها بضعفه، كان أكثر تصميماً ومثابرة على البحث عن مواطن قوته وتلمسها وتوظيفها من أجل التفوق. ويحدث ذلك مع نهاية العام الثاني من الحياة، حينما يكتشف الطفل (أناه) ويبدأ برسم هدفه الأخير.

وهكذا فإن مهمة المحلل النفسي بالنسبة لآدلر، تكمن في الحكم على الهدف النهائي للإنسان. وهذا ما لا يتيسر إلا عبر معرفة الكيفيات التي يتجاوز بها الفرد مصاعب الحياة.

ومن شأن أداء هذه المهمة أن يفسح المجال واسعاً أمام التعرف على أسباب ظهور هذه الخصائص النفسية أو تلك، والتنبؤ بالملامح التي سوف تتخذها الشخصية في المستقبل. كما يمكن المحلل من تحديد مدى انحراف الفرد عن القواعد العامة للسلوك وحجم المخاطر التي تنجم عن ذلك.

إن آدلر، وإن اختلف مع فرويد حول موضوع الرغبات وطبيعتها، فإنه يتفق معه من حيث المبدأ على وجودها كقوة تدفع المرء من أجل إشباعها. وبينما وجد فرويد أن هذه الرغبات تتمثل في الغريزة الجنسية، رأى آدلر أنها تكمن في التعويض والتعويض الأعلى. ولكن نظرة آدلر إلى التعويض لا تختلف عن نظرة فرويد إلى الغريزة الجنسية. فقد رفع هذا المفهوم إلى درجة المبدأ العام الذي يفسر به خصائص النمو الفردي ومراحل تطور الجنس البشري.

ويشير آدلر إلى أن الحالات والمواقف الخارجية ليست سبباً كافياً لتكون السلوك ما لم تقترن بالعمليات النفسية الوسيطة. وهنا يتحدث مؤسس علم النفس الفردي عن أسلوب حياتي خاص بالفرد، يطبع نشاطه ويوجه تمثله للتجربة الذاتية منذ الصغر. فالواقعة أو الحادثة الواحدة، برأيه، لا تثير لدى شخصين نفس المشاعر وردود الأفعال، وهذا ما يفسر السلوك المنحرف لشخص نشأ وترعرع في كنف أسرة طيبة وفاضلة، والسلوك السوي لإنسان ينتمي إلى أسرة شاذة.

ويصنف آدلر المواقف التي تتوافر من خلالها الشروط الرئيسية لنشأة الشعور بالنقص في الأربع أو الخمس السنوات الأولى من حياة الفرد في ثلاث فئات:

أ. تشمل الفئة الأولى منها نسبة لا بأس بها من الأطفال الذين ينمو لديهم الشعور بالنقص نتيجة عاهة أو نقص عضوي:

وهم ينظرون إلى عاهتهم أو نقصهم كعائق يحول دون حياتهم العادية. ومع ذلك فإن وضعهم يتحسن حينما يجدون الأسلوب المناسب في الحياة. فيعالجون نقصهم ويتمثلون معاناتهم الناتجة عن هذا النقص بصورة إيجابية وفعالة. ويصرف

النظر عن المسحة التشاؤمية التي تطبع علاقاتهم بالواقع المحيط، فإنهم يجتهدون لاستيعاب أساليب وتقنيات تمكنهم من تغطية عاهتهم وتجاوزها، بل ومن إحراز التفوق في الميادين التي تتطلب مستوى عالياً من توظيف العضو، موضوع العاهة. ويضرب آدلر أمثلة معروفة في تاريخ الأدب والفن تدلل على أن "كل ذي عاهة جبار". ومن هذه الأمثلة قصة الخطيب اليوناني ديموستين الذي عانى خلال سنّي طفولته من اضطرابات في النطق، واستطاع أن يتغلب على عاهته بإرادته القوية ومثابرته ودأبه، وقصة الموسيقار الألماني المشهور بيتهوفن الذي دفعه ضعف قدرته السمعية إلى رفع التحدي وتحقيق تفوق كبير وانتصار عظيم.

ومنها أيضاً قصة الأديب الشاعر الألماني شيلر الذي ساعده ضعف بصره على كتابة أروع المسرحيات. ولم ينسَ آدلر أن يربط نتائج صراع الإنسان من أجل تأكيد ذاته بعوامل شتى، أهمها التشجيع الذي يتلقاه من الآخرين.

ب. وتضم الفئة الثانية الأطفال المدللين الذين يحاطون من قبل ذويهم بحماية مفرطة، ويحيون حياة رغيدة وسهلة:

ولعل ما يميز هؤلاء الأطفال هو غياب الشعور بالقيمة الذاتية لديهم. الأمر الذي يعني ضعف شخصياتهم وعدم قدرتهم على الصمود أمام أول امتحان يتعرضون له بمفردهم.

وعندما تضع صروف الحياة حداً للمساعدات التي كان يهرع أهلوهم لتقديمها لهم أو تقليصها، فإن الغد يبدو لهم تعيساً. ويفقدون كل أمل في أن يجلب لهم المستقبل الدفء العاطفي والراحة النفسية. ويعجزون عن إيجاد صيغ للتفاهم مع الآخرين وإقامة علاقات عادية معهم.

ج. وتشمل الفئة الثالثة الأطفال القساة، المشاكسين الذين يكونون في حالة عداء مع الآخرين.

ولعل ما ذكرناه حول تصنيف المواقف الحياتية كاف لكي يقف المرء على الأهمية التي منحها آدلر للظروف الاجتماعية والاقتصادية التي ينشأ الطفل في ظلها. وقد انعكس ذلك في محاولته للتعرف على المؤسسات الاجتماعية وتأثيرها على حياة الأفراد ونشاطاتهم الداخلية.

وأمام هذه المواقف والأوضاع يوصي آدلر المربين بمتابعة الأطفال والتحلي بالصبر في الحالات الصعبة، والابتعاد عن أساليب التسلط والمعاملة الخشنة وعن كل ما يؤدي إلى إهانة الطفل والحط من إمكانياته والاستهزاء به والسخرية منه. ويرى أن من الأولويات التي يتعين الاهتمام بها والحرص عليها هي زرع الثقة لدى الأطفال بذواتهم وتعزيز تفاؤلهم بمستقبلهم.

ولدى تحليله للسلوك العصابي. يرى آدلر أن المريض، يهرب إلى المرض خوفاً من مواجهة الواقع وما ترتبه هذه المواجهة من إخفاق مؤكد. ولسان حاله يقول: "لو لم أكن مريضاً، لفعلت كذا... ولقمت بكذا.... ونجحت كما ينجح الآخرون". أو "لولا ظروفي الصحية لرأيتم مقدرتي على حل هذه المشكلة...". ويفسر آدلر هذا السلوك المرضي بالمقاومة التي يعتبرها وسيلة دفاعية تعكس رغبة المريض في بقاء حالته، ومعارضته للعلاج خشية المهمات والمسؤوليات التي تنتظره بعد شفائه. (آدلر، 1974، 4).

لقد خطا آدلر خطوة إلى الأمام بتركيزه على العامل الاجتماعي ودوره في بناء الشخصية. غير أنه، وبسبب موقعه في التحليل النفسي وتكوينه الفكري، توقف عند حدود الطبيعة الاجتماعية للإنسان المبدع، ولم يحاول الكشف عن الروابط الحقيقية بين ما هو طبيعي وما هو نفسي في الشخصية، واستنباط القوانين العامة لتطور صلات الإنسان بمجتمعه وانعكاسات ذلك على قدراته العقلية ودوافعه

ونشاطاته المنتجة. ومع ذلك فإن خطوته المتقدمة شجعت الآخرين على دفع حركة التحليل النفسي في الاتجاه الاجتماعي.

حدث انسلاخ كبير عن الفرويدية الأصلية، وذلك عندما تكونت الفرويدية الحديثة التي كان مركزها مدرسة واشنطن للطب العقلي، وهي مدرسة تتميز بالتأكيد على العوامل الاجتماعية وعلى أن ملامح الإنسان إيجابية، ويلحّون على نقل التحليل النفسي إلى علم الاجتماع للبحث عن أصول الحوافز البشرية في تلبية مطالب الوضع الاجتماعي، ومن أبرز شخصياتهم:

آنا فرويد (1895 – 1982) مؤسسة التحليل النفسي للطفل، صغرى بنات فرويد، أخذت عنه اتجاهاته العلمية واهتماماته النفسية. بدأت حياتها العملية معلمة أطفال، وخلال عملها كانت تدّون الكثير من الملاحظات عنهم. وتمثل آنا فرويد المدرسة الأوروبية للتحليل النفسي للطفل، وقد أعطت اهتماماً كبيراً لدور الأنا في الحياة النفسية وفي العلاج النفسي التحليلي وعدم الاقتصار على الهو.

هاري سوليفان (1892 – 1949) الذي تميز بنظرته للانسان ككائن اجتماعي. وشجع على زيادة الدراسات حول العلاقات الاجتماعية والشخصية. كما قدمت نظريته عرضاً لتطور السلوك في مختلف مراحل عمر الفرد، مؤكدا على أن سلوك الراشدين أكثر تعقيداً. كما يرى أن السلوك المضطرب ينشأ من تفاعلات الناس في الحياة اليومية ويظهر في علاقة الشخص بالآخرين، فالسلوك المضطرب يختلف عن السلوك العادي في الدرجة فقط وليس في النوع.

إريك فروم (1900 – 1980) وكان ينظر إلى الإنسان على أنه مخلوق اجتماعي بالدرجة الأولى بينما ينظر إليه فرويد على أنه مخلوق مكتف بذاته، تحركه عوامل غريزية. وكان يرى أن المجتمع يسعى إلى جعل الناس تحقق رغباتها بالطريقة التي يرغب بها المجتمع. وأن العصاب يحدث بسبب الثقافة التي يحياها الإنسان نتيجة الصراع بين قوتين متضادتين.

كارن هورني: (1885) التي استعملت طريقة فرويد خمسة عشر عاماً في أوروبا وأمريكا إلا أنها أعادت النظر فيها، إذ اعتبرتها مجرد فرضيات تحتاج إلى دعم بالبيانات قبل قبولها

كحقائق. ووضعت نظرية جديدة تحرر فيها التطبيق العلاجي من كثير من القيود التي تفرضها النظرية الفرويدية وتُعطي أهمية للتأثيرات الثقافية والاجتماعية في تطور الشخصية.

وعلى الرغم من ذلك فإن الفرويديين المحدثين لا يزالون متمسكين بأشياء كثيرة من نظرية فرويد الأصلية مثل:

- أهمية القوى الانفعالية بوصفها مضادة للدفع العقلي والارتكاسات الاشتراطية وتكوين العادات.
- الدفع اللاشعوري.
- الكبت والمقاومة وأهمية ذلك في التحليل أثناء العلاج.
- الاهتمام بالنزاعات الداخلية وأثرها على التكوين النفسي.
- التأثير المستمر للخبرات الطفولية المبكرة.
- طريقة التداعي الحر، وتحليل الأحلام.

قدم فرويد مفهومين أساسيين في نظرته للشخصية أولهما هو مفهوم الغرائز وثانيهما مفهوم الشعور مقابل اللاشعور:

أ) الغرائز The Instincts:

يرى فرويد أن الطاقة النفسية لا تختلف عن الطاقة البدنية وأن كلاً منهما يمكن أن يتحول إلى الصورة الأخرى والغرائز عند فرويد تكّون الطاقة النفسية وهي تمثل تحويل الطاقة البدنية إلى طاقة نفسية. (الشناوي، 1994، 379). والطاقة التي ينطوي عليها أي تصور من أجل إشباع غريزة تشكل تفريغاً

متجهاً نحو هدف، إذ أن الغريزة (عبارة عن قوة داخلية بيولوجية في الفرد "الكائن العضوي" وهدفها القضاء على عوامل التوتر الناتج عن الحاجات البيولوجية) (الزيود، 1998، 25). فالبشر يسعون باستمرار إلى اللذة وإلى تجنب الألم وعندما تشبع حاجات البدن فإن الفرد يشعر باللذة.

ولقد قسم الغرائز إلى قسمين:

1. **غرائز الحياة:**

إن طاقة هذه الغريزة تسمى " الليبدو " تستخدمها في أداء عملها. وغرائز الحياة هي الجوع والعطش والجنس.. إلا أن فرويد أعطى غريزة الجنس أكبر اهتمامه فيرجع كل ما يصدر عن الشخص إلى الأمور الجنسية. والغرائز الجنسية في الطفولة تتميز باستقلال نسبي لا تلبث أن تندمج هذه الغرائز معاً للعمل في خدمة هدف التكاثر.

2. **غرائز الموت:**

أطلق فرويد على هذه غريزة الموت والتدمير، قال "إن هدف الحياة هو الموت" وذلك في تعليقه على أن كل إنسان يموت (الزيود، 1998، 26). وبناء على افتراض فرويد بأن لدى كل شخص رغبة لا شعورية في أن يموت فإنه لم يعين المصادر الجسمية لغرائز الموت وكذلك لم يطلق اسماً على الطاقة التي تستخدمها غرائز الموت في عملها.

"ومن المشتقات الهامة لغرائز الموت الباعث العدواني.. فالعدوانية تدمر الذات وقد اتجهت إلى الخارج نحو موضوعات بديلة فالشخص يقاتل الآخرين وينزع إلى التدمير لأن رغبته في الموت قد عاقتها قوى غرائز الحياة بالإضافة إلى عقبات أخرى في شخصيته تتصدى لغرائز الموت... ولقد احتاج فرويد لفترة الحرب العالمية

الأولى 1914 – 1918 ليقتنع بأن للعدوان قوة لا تقل عن الدافع الجنسي" (هول ولندزي، 1971، 62).

ويحدد فرويد أربع خصائص للغريزة وهي:

- المصدر: الذي يتمثل في التوتر البدني.
- الهدف: ويتمثل في إزالة هذا التوتر بإعادة تكوين توازن داخلي.
- الموضوع: تلك الموضوعات أو الخبرات التي تخفّض التوتر أو تزيله.
قوة الدفع: والتي تتحدد بمقدار التوتر البدني.

تحفز الغرائز السلوك وتوجهه، ويكون هدفها هو إشباع الحاجات، وإذا لم يتم اشباعها فيتولد التوتر، ويتجه السلوك إلى خفض التوتر، والتوتر أمر غير سار، أما خفض التوتر فإنه يحقق اللذة.

ب) الشعور واللاشعور:

1. الشعور The Conscious:

وهو طبقة العقل التي تمثل كل ما نعيه ويمكن الوصول إليه فوراً من آراء وصور وذكريات وأفكار وما شابه ذلك، كما يشير إلى وعي الفرد بكل ما يدور حوله من مثيرات وما يقابلها من استجابات وتتميز النشاطات السلوكية في هذه الحالة بسيطرة الفرد عليها وتولي مسؤولية توجيهها ويمكن تشبيه الشعور بمجموعة من الأجهزة التي تقوم باستقبال الصور وتسجيل الانطباعات المتعلقة بكل ما يجري في البيئة المحيطة عن طريق مراكز متعددة للاستقبال وهو ما يجعل الشعور محيطاً إحاطة تامة بما يدور داخل الجسم أو خارجه. ويلاحظ أن الشعور هو أمر نسبي يرتبط بزمان ومكان معينين فما يكون شعورياً الآن قد لا يكون كذلك بعد وقت... إذ يمكن ترحيل الخبرات السلوكية الشعورية إلى الذاكرة للاحتفاظ بها بعد

الانتهاء من التعامل معها أو استخدامها وبذلك تحل محلها أفكار واستجابات أخرى جديدة في مركز الشعور. (القذافي، 1993)

فالشعور هو عبارة عن حالة الوعي المتصلة بالعالم الخارجي وكذلك الداخلي في اللحظة الحاضرة، وتختلف أنواع الاستجابات التي يوليها الفرد انتباهه في الحالات الشعورية فقد تكون خبرات حسية كالصور أو حركية أو فكرية أو كلامية أو على شكل أحاسيس ومشاعر وجدانية مثل الحب والكراهية وغيرها. ويتميز الشعور بمجموعة من الصفات أهمها:

- التغير المستمر.
- الفاعلية والحركة الدائمة
- اصطفاؤه للحوادث، حيث تحتل فيه الدوافع مكانة هامة.
- هو وسيلة معرفة.
- الشعور دليلنا إلى التكيف.
- الشعور ناظم للجوانب المختلفة في الخبرة التي نعيشها في الحاضر.

2. ما قبل الشعور The Preconscious:

وهو مجموعة من الخبرات العقلية الكامنة غير الموجودة في منطقة الشعور ولا يمكن الوصول إليها فوراً ولذا تحتاج إلى بعض الوقت والجهد ليتم استدعاؤها وتذكرها مثل المعارف والذكريات السابقة والكلام.

وإن أصل جميع الأفكار الخاصة بالفرد والاستجابات هي لا شعورية في بدايتها (وبعض المواد والخبرات قد يسهل نسبياً أن تصبح في دائرة الشعور والمواد التي لا يمكن أن تدخل إلى دائرة قد انقطعت صلتها بالتفكير الواعي إما لأنها لم تدخل أساساً إلى الشعور وإما لأنها كبتت من الشعور. أما المواد التي يمكن إحضارها إلى داخل الشعور فهي موجودة في جزء من اللاشعور يطلق عليه ما قبل الشعور وقد تبقى المواد في منطقة ما قبل الشعور من غير أن تسبب مشكلات ويمكن أن تدخل إلى

الشعور من غير حاجة إلى علاج نفسي. وقد ينظر إلى منطقة ما قبل الشعور على أنها شاشة تفصل بين الشعور واللاشعور). (باترسون، 1989، 151).

ويسير ما قبل الشعور (ما تحت الشعور – حاشية الشعور – طليعة الشعور) وفق مبادئ الزمن والمنطق والواقع، ويعتبر مخزناً في متناول يد الشعور للخبرات القريبة والمعاني والذكريات قصيرة الأمد.

3. اللاشعور The Unconscious:

هو أهم مستويات الحياة العقلية، وهو عبارة عن: قوة ديناميكية محركة للسلوك وهذا المحرك كامن في مستوى اللاشعور ويكّون اللاشعور معظم الجهاز النفسي، وهو يحوي ما هو كامن ولكن من الصعب استدعاؤه، لأن قوى الكبت تعارض عملية استدعاء هذه الخبرات من اللاشعور. (الزيود، 1998، 27).

ويتضمن اللاشعور مجموعة من المواد والخبرات التي لا يمكن أن يتقبلها الوعي أو الشعور وهذه المواد يمكن أن تتغير أو تتعدل ثم تظهر في الشعور في صورة مشوهة كما في الأحلام. وله أهمية كبيرة في حياتنا لأنه يقوم بتوجيهنا وقيادتنا في طريقة تفكيرنا وفي تعبيرنا عن مشاعرنا وفي سلوكنا الحركي. ويشير القذافي إلى الدور الهام للاشعور في الحياة العقلية للفرد لأنه يستمد طاقته من الدوافع الغريزية، كما أنه يحتفظ بمحتوياته بعيداً عن متناول الشعور حتى لا يؤدي إلى تهديد الفرد أو وضع الأنا تحت الضغوط ويؤدي ذلك إلى كبت تلك المحتويات بحيث لا تستطيع التعبير عن نفسها إلا بطرق وأساليب ملتوية وغير مباشرة. فهي إما أن تظهر على شكل أعراض مرضية أو في شكل سمات ولوازم معينة في الشخصية أو على شكل اضطرابات عصابية كحل وسيط بين الدوافع الفطرية التي تبحث عن مخرج للتعبير عن نفسها، وبين الأنا الأعلى والأنا اللذين يحولان بينها وبين الخروج لتعارضها مع مبدأ الواقع (القذافي، 1993، 53).

ومن خصائص اللاشعور (صفات اللاشعور):

- إن عمليات اللاشعور لا تخضع للزمان ولا للمكان.
- لا نجد في مستوى اللاشعور نفياً أو شكاً أو يقيناً.
- الصلة ضعيفة بين اللاشعور والعالم الخارجي.
- إن الرغبات المعتمدة على دوافع أولية تقوم في اللاشعور.
- إن فعالية الحالات اللاشعورية نشطة ومستمرة، لا تقف وقت النوم أو وقت اليقظة.
- تظهر الحالات اللاشعورية متمركزة حول الذات تمركزاً قوياً.
- يحتل الدافع الجنسي مكانة هامة بين مكونات الحياة اللاشعورية.
- تسرح العمليات اللاشعورية في تركيباتها غير متأثرة بشروط عالم الواقع.
- وعادة ما تعبر مكونات اللاشعور عن نفسها بعدة طرق منها:

- **زلات اللسان:**

حيث ينطق الشخص ببعض الكلمات التي تعبر عن مشاعر حقيقية بدون الوعي بها على المستوى الشعوري.

- **التنويم المغناطيسي:**

يقع الشخص تحت تأثير التنويم المغناطيسي، فيكشف عن الحوافز اللاشعورية.

- **الأحلام:**

وتظهر من خلال الذكريات والانفعالات المكبوتة على شكل رموز غير مباشرة، فعندما ينام الإنسان ويختفي شعوره وتنام الرقابة (الأنا الأعلى)، يأتي الحلم ليعبر عن بعض الرغبات المكبوتة.

- **الاستبصار:**

ويبدو على شكل حلول فجائية مبتكرة للمشاكل الصعبة.

- **الأعراض الهيستيرية:**

وهي أعراض جسمية لا وجود لسبب عضوي يدل عليها.

- **الطرائق الاضفائية (الاسقاطية):**

للكشف عن مكنونات اللاشعور ومنها الذكريات المدفونة (المكبوتة).

رابعاً: بنية الشخصية:

يرى فرويد أن الشخصية تتألف من ثلاثة أنظمة رئيسة أطلق عليها مسميات: الهو، والأنا، والأنا الأعلى، وهذه الأنظمة على الرغم من استقلاليتها إلا أنها تتفاعل مع بعضها بعضا تفاعلاً وثيقاً يصعب معه أحياناً فهم تأثير كل منهما.

1. الهو The Id:

ويتكون الهو من كل ما هو وراثي أو خلقي ويشمل ذلك الغرائز التي تقدم الطاقة التي تعمل بها الأنظمة الأخرى وهو يجاهد من أجل إشباع الحاجات الغريزية على أساس مبدأ السرور أو اللذة، وإن الهو لا قدرة له على تحمل الطاقة التي يعانيها بوصفها نوعاً من التوتر غير المريح ولذلك عندما يتزايد مستوى التوتر لدى الشخص سواء أكان داخلياً أم خارجياً فإن الهو يعمل بطريقة من شأنها تفريغ التوتر مباشرة وعودة الكائن الحي إلى مستوى منخفض ومريح من الطاقة ويسمى مبدأ خفض التوتر هذا مبدأ اللذة.

فالهو عبارة عن موج متلاطم من الإثارة، لا يعرف قيماً ولا يدرك خيراً ولا شراً ولا يعرف أخلاقيات وليس محكوماً بمنطق ويحتوي على اندفاعات متناقضة ولكنها متعايشة... إنه عبارة عن الواقع الأولي للفرد على مستوى اللاشعور والهو هو الأساس الذي يقبع فوقه اللاشعور (باترسون، 1989، 152).

2. الأنا The Ego:

إذا كانت الهو هي الجهاز الذي يعمل على تلبية متطلبات الدوافع الفطرية بشكل يخدم مصلحة الفرد دون سواه، فإن الأنا هي الأداة التي تتولى تهذيب تلك الحاجات والرغبات الفطرية حتى تتمكن من تحقيقها في الإطار الاجتماعي للمعيشة الجماعية. وهناك ثلاثة جوانب تميز الأنا وهي:

- أنها تقوم بتعديل طريق تصريف طاقة الهو عن طريق تأخير تلبية متطلباتها أو كفها.
- أنها تقوم بعمليات الإدراك والتقويم ودمج المثيرات القادمة.
- أنها تعمل على تنمية المهارات اللازمة للتنسيق بين الدوافع الداخلية والطرق الاجتماعية المناسبة لتصريف الطاقة (القذافي، 1993، 46).

وبالتالي فإن الأنا هو ذلك الجزء المنظم من الهو وأنه يخرج إلى الوجود ليحقق أهداف الهو ولا يحبطها وأن كل قوته مستمدة من الهو والأنا ليس له وجود منفصل عن الهو ولا يحقق على الإطلاق الاستقلال التام عن الهو. فدوره الأساسي هو التوسط بين المطالب الغريزية وظروف البيئة المحيطة به فالهدف الأساسي له هو المحافظة على حياة الفرد والعمل على تكاثر النوع. انه المدير التنفيذي للشخصية.

3. الأنا الأعلى The super Ego:

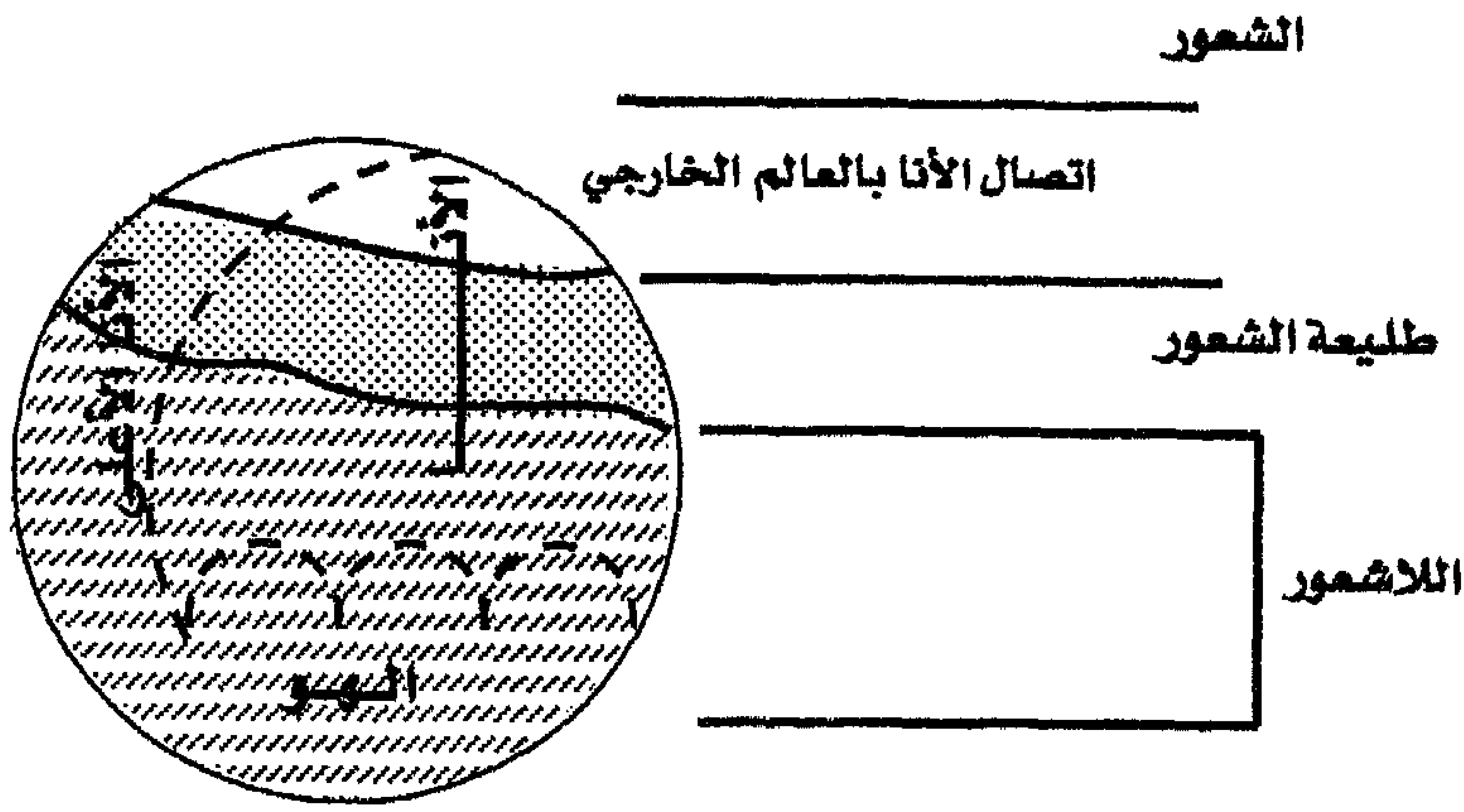
هي الدرع الأخلاقي للشخصية فهي تعتبر مستودع المثاليات والأخلاقيات والقيم الاجتماعية والدينية وكذلك المعايير الاجتماعية والضمير فهي الرقيب النفسي للإنسان. كما يشتمل على المثاليات التي تبناها الفرد إضافة إلى تأثيرات الوالدين، فكل ما يدينه الوالدان ينزع إلى أن يستدخل داخل ضميره الذي يمثل أحد شقي نظام الأنا الأعلى وكل ما يوافقان عليه ينزع إلى أن يستدخل داخل أناه – المثالي الذي يمثل الشق الآخر من الأنا الأعلى. ويطلق على الميكانيزم "الحيلة" التي تتم بها عملية الاستدخال هذه " الاستدماج "، وإن الضمير يعاقب الشخص بأن يجعله يشعر بالإثم ويثيب الأنا المثالي الشخص بأن يجعله يشعر بالفخر بنفسه، وبتكوين الأنا الأعلى يحل الضبط الذاتي محل الضبط الصادر عن الوالدين. (هول ولندزي، 1971، ص 56)

والوظائف الأساسية للأنا الأعلى هي:

- العمل على كف رغبات الهو والوقوف في وجه دوافعها وبخاصة ما يتعارض منها مع السلوك الاجتماعي والمعايير المثالية.
- إقناع الأنا بإحلال الأهداف الأخلاقية محل الأهداف الواقعية.
- العمل على بلوغ الكمال، أي أن الأنا الأعلى يميل إلى معارضة الهو والأنا معاً وإلى تشكيل العالم على صورته.

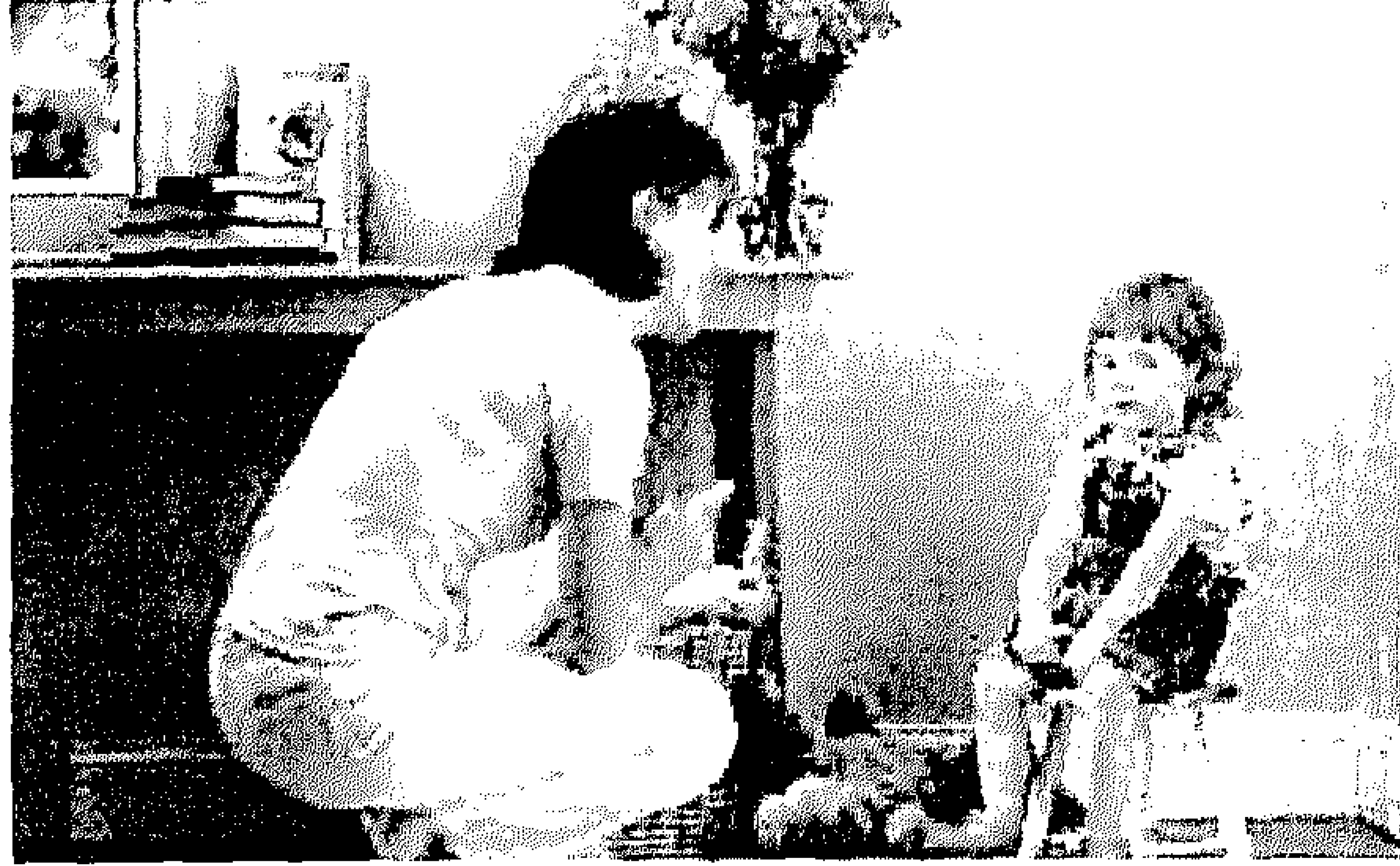
"إن الأنا الأعلى يعارض الهو والأنا، فهو غير عقلاني وهو يحاول على أية حال أن يمنع أو يصد بدلاً من أن يضبط الغرائز والكفاح الأولي أو المبدئي للكائنات الإنسانية إنما يكون مع غرائزهم وكثير من الأنا الأعلى لا شعوري" (باترسون، 1989، 153).

فالأنا الأعلى هو ضمير الشخصية الداخلي إنه مرتبة تمثل معايير المجتمع ومبادئه وتشكل جهاز الرقابة... وهو يعكس وصايا المجتمع والمواقع الاجتماعية وسلطة الوالدين والشخصيات البارزة. إن الأنا الأعلى حسب وظيفتها مدعوة لتحقيق تصعيد للرغبات اللاشعورية أي نقل الهو غير المقبولة اجتماعياً إلى دافع مقبول اجتماعياً.



خامساً: مراحل تكوين الشخصية:

قدمت نظرية التحليل النفسي مساهمات كبيرة في تعريفنا على المراحل الأولى من حياة الطفل، فمنها التصور الكامل للحالة الاجتماعية والجنسية للفرد منذ الطفولة حتى الرجولة، وفهم هذه النظرية من قبل المرشد النفسي أساس لكيفية التعامل مع المسترشدين والمرضى النفسيين. وبموجب نظرية التحليل النفسي فإن أكثر المشكلات النفسية التي يتعرض لها الفرد جذورها راسخة في السنوات الخمس الأولى من حياته.



ويعتبر فرويد أن مراحل نمو الطفل الجنسية تقوم بدور مهم في تكوين شخصيته، **وهناك خمس مراحل للنمو الجنسي، والمراحل الثلاث الأولى يطلق عليها قبل التناسلية ثم فترة الكمون ويليها المرحلة التناسلية وهي مرحلة النضج الأخيرة. وهذه المراحل هي:**

1) المرحلة الفمية The Oral Stage:

وتبدأ منذ الولادة وحتى السنة الثانية من العمر حيث تكون وظيفة الفم وقبل ظهور الأسنان هي عملية إدخال الطعام واكتشاف العالم الخارجي وكذلك عملية مص الإصبع والثدي. وعندما تبدأ الأسنان بالظهور يشعر الطفل باللذة والسعادة عندما يقوم بالمص والبلع والعض.

2) المرحلة الاستية (الشرجية) The Anal Stage:

تبدأ هذه المرحلة في السنة الثانية من العمر ويكون التركيز فيها على وظائف الإخراج إذ تؤدي عملية التخلص من الفضلات إلى الشعور بالراحة وانخفاض حدة التوتر والقلق الناجمين عن امتلاء الأمعاء بالفضلات...

3) المرحلة القضيبية The Penis Stage:

تنمو في هذه المرحلة المشاعر الجنسية والعدوانية المرتبطة بالأعضاء التناسلية مما يهيئ الفرصة لظهور عقدة أوديب وعقدة اليكترا. وتبدأ هذه المرحلة من النمو النفسي بين السنة الثالثة والخامسة من العمر. وترى نظرية التحليل النفسي أن عقدة أوديب (Oedipus Complex) تتكون لدى الابن من جراء تعلقه اللاواعي بالأم، وهي أسطورة يونانية تُنسب إلى الملك أوديب الذي قتل أباه وتزوج أمه. أما عقدة الكترا (Electra Complex) فتعني تعلق الابنة بوالدها وشعورها بالعداء نحو والدتها.

وقد أشار فرويد إلى أن الأساليب العقابية الصارمة التي يستخدمها الوالدان في التعامل مع دوافع الطفل الجنسية قد تؤدي إلى حدوث عملية نكوص وإلى المراحل الحياتية الأولى أو إلى انحرافات جنسية فيما بعد.

4) مرحلة الكمون Latency Stage:

تبدأ هذه المرحلة في سن الخامسة أو السادسة عقب انتهاء المرحلة القضيبية وتستمر حتى بداية عملية التغيرات الجسمية استعداداً لمرحلة المراهقة. وفي هذه المرحلة تكبت الدوافع الجنسية وينمو الكف الجنسي ويحدث الإعلاء للدوافع الجنسية، فنلاحظ الأطفال أكثر وعياً وخجلاً في حضور البنات. كما يميلون إلى صحبة الأولاد ممن هم في سنهم على شكل جماعات. وتتميز هذه المرحلة بالهدوء والرغبة باكتساب المعارف والخبرات.

5) المرحلة التناسلية The Genital Stage:

وهي آخر مرحلة من مراحل النمو النفسي — الجنسي حيث تتسم بالطابع الاجتماعي وبممارسة النشاطات الجماعية حيث تتجه تلك الدوافع الجنسية نحو الجنس الآخر، إلا أنه نظراً للقيود الاجتماعية ونظرتها المحافظة تجاه الجنس

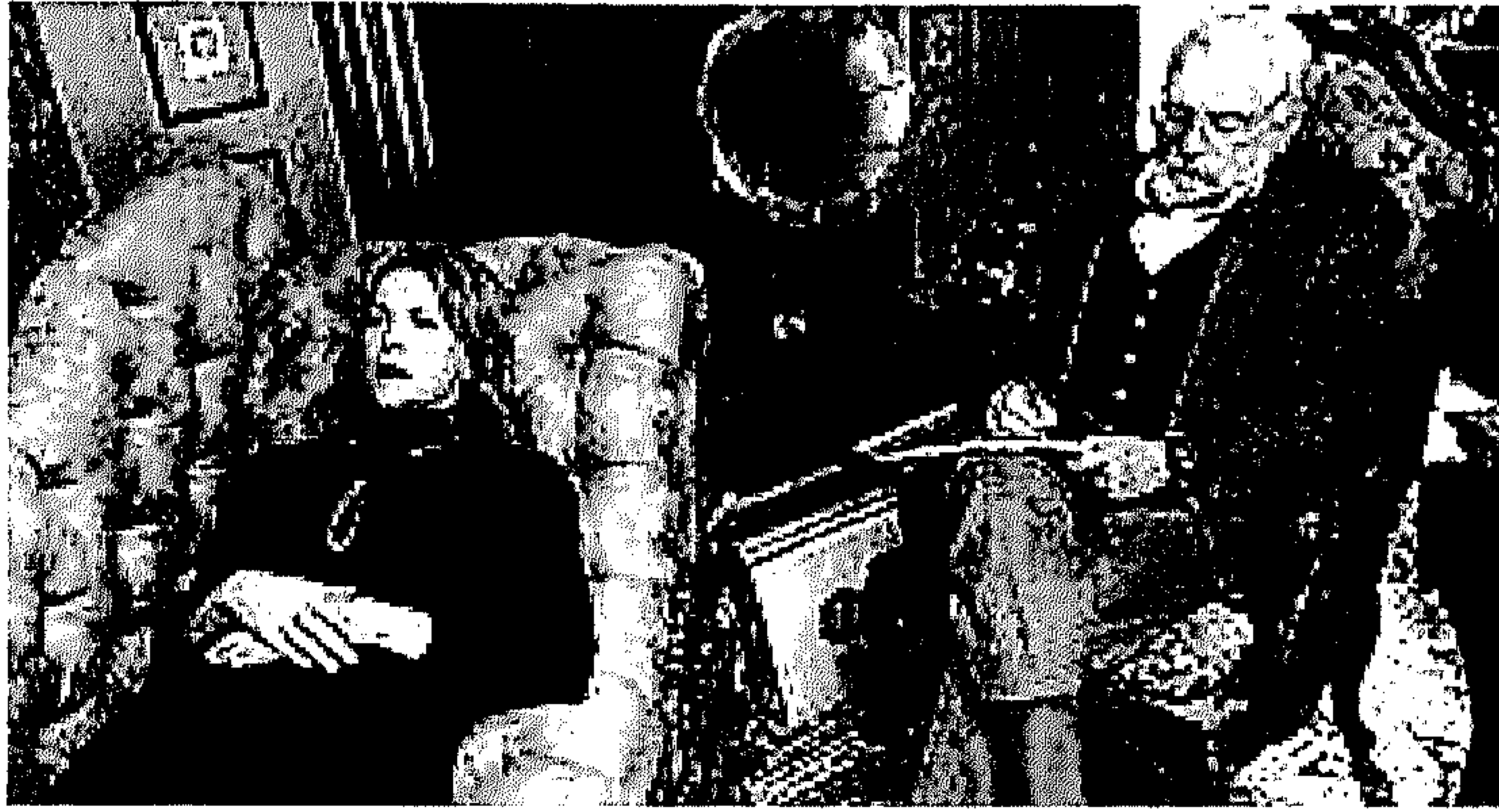
فعادة ما يوجه الشباب اهتمامهم إلى الشعور بالراحة عن طريق تبادل العواطف مع الجنس الآخر، إذ يتحول هذا الشخص إلى راشد يتطلع إلى اختيار مهنة والعمل على التقدم فيها وتحمل المسؤولية والإعداد للزواج وتكوين الأسرة. (هول ولندزي، 1971)، (باترسون، 1989)، (الزيود، 1998)، (القذافي، 1993)، (الشناوي، 1994).

سادساً: أهداف نظرية التحليل النفسي:

وتتلخص أهداف التحليل النفسي بالآتي:

1) تحرير الرغبات الصحية:

1. تقوية أداء الأنا على الواقع بما في ذلك إدراك الأنا حتى يمكنه أن يوافق على المزيد من الهو.
2. تعليم الذات (الأنا) كيفية التغلب على الرغبة بالهروب.
3. تبديل محتويات الأنا الأعلى العقابية لتصبح أخلاقية.
4. إعادة بنيان الأنا أو الذات وتحريرها من قيودها بحيث تستعيد سيطرتها على الهو بعد أن فقدت تلك السيطرة نتيجة الكبت الذي حدث في الطفولة المبكرة.
5. اكتشاف الأشكال المختلفة للكبت
6. إزالة سبب الأعصبة بدلاً من الاقتصار على إزالة الأعراض.
7. مساعدة الأنا في إصلاح ما وقع وذلك عن طريق مساعدة العميل في التغلب على شعوره بالمقاومة والإحراج ضد البوح والتصريح.



سابعاً: النظرة إلى الاضطراب النفسي:

يرى فرويد أن التكوين البيولوجي والوراثي والنفسي للطفل يمثل العوامل التي تسهم في نشأة الاضطراب النفسي، ويأتي الإنسان إلى الدنيا كطفل لديه جوانب عجز كثيرة، وهذا العجز يولد الموقف الأول للخطر، ومن ثم القلق والخوف من فقدان حاجات متعددة ومنها المحبة. وتعود أسباب الاضطرابات النفسية إلى أهم ما يلي:

1. إحباط الرغبات الجنسية عن طريق الأنا الذي مازال ضعيفا في مقابل الرغبات الجنسية، وينشأ الإحباط كرد فعل للقلق، حيث يتوقع الأنا أن إشباع الرغبة الجنسية البازغة سيؤدي إلى الخطر فيكبت هذه الرغبة الخطيرة في الطفولة، وعن طريق الكبت فإن الأنا يستعيد جانبا من تنظيمه وتبقى الرغبة المكبوتة غير متاحة.
2. التحويل الممكن للرغبات الجنسية المحيطة إلى أعراض عصابية، والتي تعتبر إشباعات بديلة للرغبات الجنسية المحبطة، ولا ينتج دائما عن الكبت تكوين أعراض، ففي حالات الحل الناجح للعقدة الأوديبية قد يجري تدمير الرغبات المكبوتة وتحول طاقاتها إلى استخدامات أخرى.
3. عدم ملاءمة الكبت مع استيقاظ وشدة الجنسية عند البلوغ بعد أن كان فعالا خلال الطفولة وفي أثناء فترة الكمون وبذلك يعيش الفرد صراعا عصابيا مركزا.

4. الطريقة غير المرضية التي ينظم بها المجتمع الأمور الجنسية ومن شأن الأخلاق أو الأنا الأعلى أن يطلب التضحية بالرغبات الجنسية لصالح المجتمع.
5. الصراع بين الأنا والأنا الأعلى والهو. وتقع مسؤولية القيادة على الأنا التي تحاول حل الصراع بين الهو والأنا الأعلى وإقامة التوازن بينهما.
6. أساليب التعلم الخاطئة في مرحلة الطفولة (السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل).

ينشأ العصاب في الطفولة، إلا أن أعراضه قد لا تظهر إلا في وقت متأخر عند التعرض لضغط أو أزمة جنسية، تشابه ذلك الاضطراب المكبوت أو الأثر المترتب عليه. أي أن العصاب يستمر لأن عملية الكبت لا شعورية، وبالتالي لا قدرة للأنا على الوصول إلى المواد المكبوتة في اللاشعور حتى تحل الصراع، أي أن تكوين الأعراض العصابية بسبب الظروف المتوافرة لها توجد عن طريق إعادة جدولة الرغبات الجنسية المحبطة.وتستمر الأعصبة بناء على الطريقة غير المشبعة أو غير المرضية التي تنظم بها الجماعة الأمور الجنسية، إذ أن على الأنا والأنا الأعلى التضحية بالرغبات الجنسية بشكل أكبر مما هو ضروري أو مرغوب فيه. (باترسون، 1989)، (الشناوي، 1994).

يُرجع فرويد الاضطرابات النفسية والعُصاب إلى الصراع بين الأنا والهو، فالأنا يحاول أن يقمع بعض أجزاء الهو بما يتناسب مع متطلبات العالم الخارجي، فالأنا هو المبادر في هذا

الصراع لأنه يصر على التمسك بقدرته على التكيف وفقاً لما تتطلبه أوضاع العالم الخارجي، ولكن حين يخفق الأنا في عملية القمع فإن الهو يظهر في صورة بعض الاضطرابات والعصابات المختلفة، فالمرض إنما ينشأ حين يخفق الأنا، أي حين يستخدم أساليب غير ملائمة وخاصة أن الكبت يحدث في الطفولة المبكرة حين تكون الأنا مازالت ضعيفة ناشئة. ويرى الزيود أن العلاج النفسي حسب مفهوم فرويد هو

في إمكانية جعل العميل يعبر بحرية عن مشاكله التي يعاني منها، وهي مكبوتة في ذاته، وهذا يعني أن الأنا تقوى، والأنا الأعلى تضعف، ويصبح العميل أكثر إدراكا للهو، ويصبح دور المعالج النفسي في إمكانية جعل

اللاشعور شعورا، وإعادة دمج الخبرات التي كانت في السابق مكبوتة في الشخصية، وبعد أن يتم ذلك يصبح العميل أكثر سيطرة على حياته، وبالتالي يصبح لدية القدرة على اتخاذ القرار وممارسة ذاته بشكل واع، وهذا ما أطلق عليه فرويد إعادة تنظيم تركيب الشخصية. (الزيود، 1998، 90).



ثامناً: الأساليب والتقنيات المستخدمة:

تشتمل إجراءات الإرشاد على خمسة عناصر أساسية هي: التداعي الحر- تحليل الأحلام. التحويل. التفسير. المقاومة.

1) التداعي الحر (Free Association):

إن كل ما أبقاه فرويد من طريقة التنويم المغناطيسي هو الاستلقاء الأفقي المريح للمسترشد، وتبدأ الطريقة بفسح المجال أمام المسترشد ليقوم بعملية تداع عفوية، بهدف استعادة الذكريات المؤلمة إلى ساحة الشعور.

وقد لاحظ فرويد أن انطلاق الأفكار والصور والذكريات لا يخضع للمصادفة وإنما يتم بتأثير آلية لاشعورية تعمل على تذكر بعض الحوادث وكبت بعضها الآخر.

إن طريقة الإرشاد بأسلوب التداعي الحر تكون على النحو التالي حيث يوضع المسترشد في غرفة مريحة خالية من أية عناصر يمكن أن تشغل المريض أو تلهيه وتكون الإضاءة خافتة ويطلب المرشد من المسترشد أن يتمدد على الأريكة الموجودة في الغرفة ويجلس المرشد خلف المسترشد بعيداً عن مجال الرؤيا للمسترشد، ويطلب من المسترشد أن يروي كل ما يجول في خاطره دون قيد ودون اصطفاء أو اختيار أي الإفصاح عن كل أفكاره وذكرياته، حتى وإن ظن أنها ليست من صميم الموضوع أو أنها لا تتعلق بما هو فيه. ويتخذ المرشد وضع المراقب الحيادي اليقظ دون أن تظهر عليه أية انفعالات أو ردات فعل إلا عندما يطول صمت المسترشد في بعض الحالات، فيتدخل المرشد من خلال الإشارة إلى كلمة وردت على لسان المسترشد لاحظ المرشد أنها صوحبت بانفعال خاص لتبدأ دورة جديدة من التداعي بقصد الوصول إلى أعمق ما يمكن في اللاشعور وفهم المقاومات الحقيقية التي تعيق الوصول إلى الأسباب الكامنة وراء الاضطراب. وعلى المرشد ألا يخبر المسترشد بتحليل الحالة التي يواجهها إلا في الوقت المناسب لأن إخباره قبل الأوان يؤدي إلى ظهور آليات مقاومة جديدة.



2) تحليل الأحلام (Dream Analysis):

كان فرويد يطلب من المسترشد أن يقص عليه أحلامه كما كان يحرضه على القيام بعملية تداع انطلاقاً من عنصر ما من عناصر الحلم الذي يرويه المسترشد بقصد نقل المحتوى اللاشعوري للحلم إلى السطح. ذلك أن الحلم هو من أهم الطرق التي تقود إلى أعماق اللاشعور، إضافة إلى أن كل فرد لا يجد إحراجاً في رواية أحلامه للمرشد، ثم يقوم المرشد بتسجيل مادة الحلم كما رواه المسترشد بالإضافة إلى ما يذكره من تعليقات وما يظهر عليه من تغيرات فسيولوجية عند روايته للحلم.



وقد أشار فرويد بخصوص الحلم بأنه نوعان:

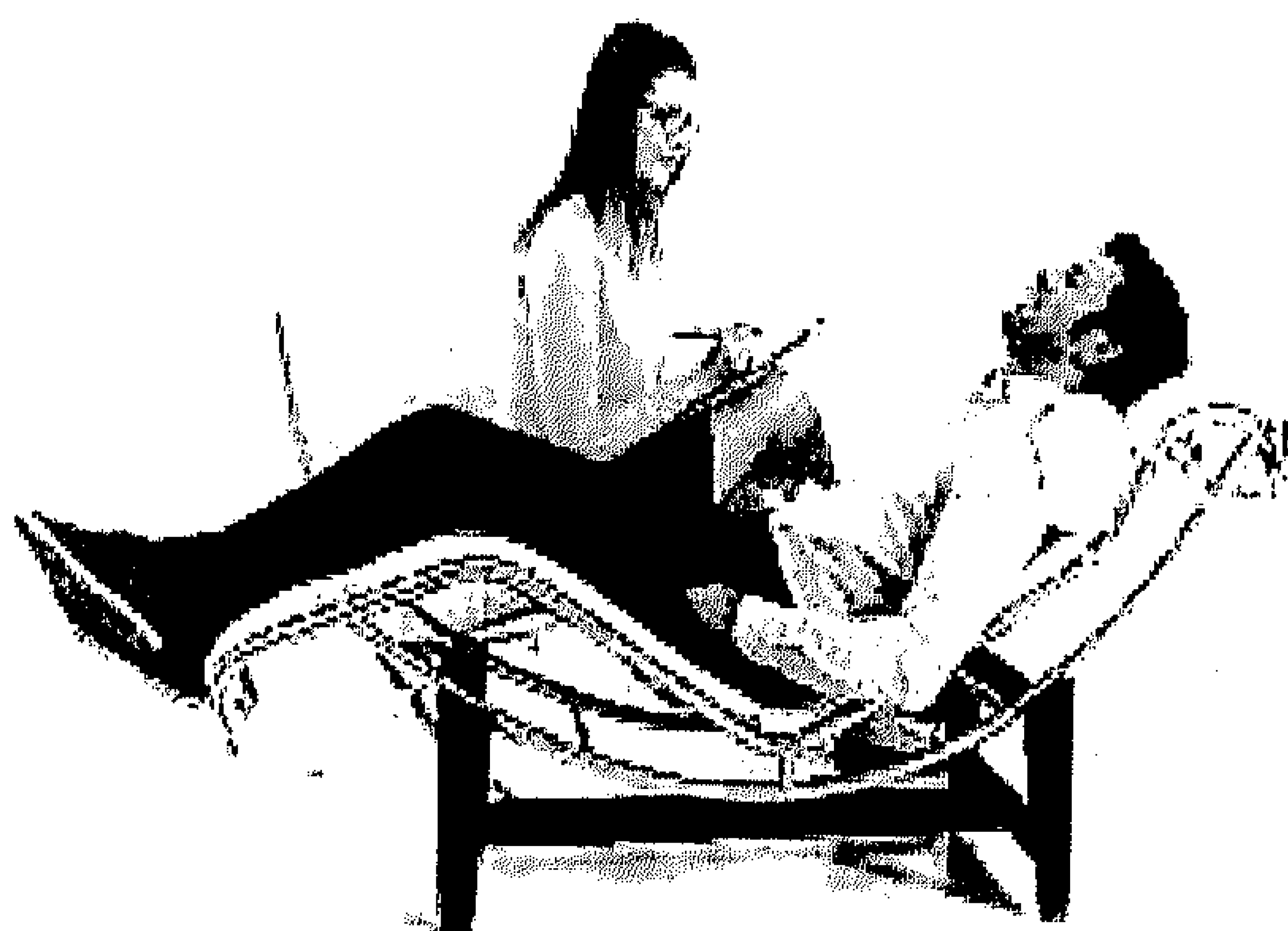
1. حلم يستطيع الشخص تذكره وتذكر محتوياته وعناصره.
2. حلم غير واضح في المحتوى وعلى المرشد أن يكشف مثل هذه الأحلام.

3) التحويل (Transference):

يرى باترسون أن: "التحويل صورة للقهار المتكرر في العلاج النفسي، هو تكرار لمواقف الحياة المبكرة في العلاقة مع المعالج أي أن الاتجاهات المبكرة نحو الآباء خلال المرحلة الأوديبية تتحول إلى المعالج. فالمرضى من الإناث يحاولن اكتساب حب

المحلل الذكر والمرضى الذكور يحاولون اكتساب حب المحللة، ويبدو رد فعل المريض كما لو كان طفلاً صغيراً ويبدو المحلل في نظره كما لو كان رمزاً للسلطة وكأنه يعيش الموقف الأصلي للكبت مرة ثانية" (باترسون، 1989، 164).

ويبدأ التحويل في بداية المعالجة ويستمر باستمرارها وينتهي بانتهاء المقابلات. ويأخذ ذلك شكل جلسات، وقد تدوم من أربعة إلى ثمانية عشر شهراً بمعدل ثلاث أو خمس جلسات أسبوعياً ومدة الجلسة ساعة واحدة قد يتخللها فواصل استراحة حسب حاجة المريض أو التحليل. وخلال المعالجة التحليلية تقوم علاقة عاطفية بين المسترشد وبين شخصية المحلل دون أن يكون للمحلل يد في ذلك وتتراوح هذه الحالة العاطفية بين الحب العنيف ذي الطابع الحسي والكراهية الشديدة ثم يأخذ هذا التحويل بعد ذلك شكل رغبة في الشفاء يوظفها المحلل كعامل تأثير لإنجاح العلاج التحليلي الذي يشخص التحويل ويعزله. والتحويل بصورة عامة ظاهرة إنسانية تسيطر على جميع علاقات الإنسان بمن يحيط به، وحيث ينعدم التحويل العاطفي أو يصبح سلبياً تصبح إمكانية التأثير النفسي على المسترشد معدومة. وخلال عملية التحويل يصبح دور المحلل النفسي مضاعفاً إذ عليه أن يتجنب كل تحويل مضاد قد يؤخر حل المشكلة، وعليه من جهة ثانية أن يحدد العناصر المفسرة لسلوك المسترشد وأن يستخلص تفسيراً عاماً لجميع المظاهر غير السوية عند المسترشد ومقياس صحة تفسير المحلل ما يظهر على المسترشد من تحسن فيزيولوجي ونفسي يشعر به المسترشد والمحلل معاً.



4) التفسير (Interretation):

هو المظهر الرئيسي لتدخل المرشد في الصراعات العصابية لدى المرشد، فالتفسير التحليلي يتناول العلاقة الديناميكية بين المسترشد والمرشد من جهة، والمواد التي تكشف خلال عملية التداعي الحر والتحويل والمقاومة والأحلام من جهة أخرى. فالتفسير يزود المسترشد بكل المعاني لهذه المواد التي ظهرت، ويحاول التفسير وربط العلاقة بين السلوك الحالي للمسترشد وطفولته المبكرة. وقد حدد فرويد هدف المرشد في عملية التفسير بما يلي:

1. إحداث تغير في إدراك المسترشد للخبرات والأشياء، وإحداث تغير في سلوك المسترشد.
2. جعل المواد اللاشعورية شعورية.
3. تنمية البصيرة لدى المسترشد في حل مشكلاته.
4. إبعاد القلق وكشف الصراعات والمساعدة في حلها.
5. تسهيل التداعي الحر وتحليل التحويل والتغلب على المقاومة.
6. زيادة اهتمام المسترشد بالتحليل وشعور المرشد بعمل شيء ملموس للمسترشد. (الزيود، 1998،)

5) المقاومة (Resistance)

هي إحدى الحيل التي يلجأ إليها المسترشد للدفاع عن النفس في عدم كشف المكبوتات غير المرغوب في كشفها أو التي يخاف من البوح بها وتكون ذات صبغة انفعالية قوية، أو حذف بعض الأفكار في أثناء التداعي الحر بسبب الخجل أو الألم وادعائه لا توجد أفكار يعبر عنها... ومن مظاهر هذا الأسلوب الكلام بصوت مسموع، والصمت الطويل والانصراف عن المرشد وعدم الإصغاء إليه أو التأخر عن موعد الجلسات أو نسيان المواعيد. (والخوف من القلق الذي يبعثه التحليل وتفسيرات المحلل قد يثير النظام الدفاعي للأنا لدى المريض فتحاول الاحتفاظ

بالكبت خلال المقاومة. والمقاومة عبارة عن قوة محافظة تسعى إلى المحافظة على المنزلة والمكاسب الثانوية ومزايا الأعراض وفوائدها في حياة المريض تعتبر أيضاً مصدراً للمقاومة والإحساس اللاشعوري بالذنب أو بالحاجة إلى العقاب والصادر من الأنا الأعلى يعتبر أيضاً مصدراً قوياً من مصادر المقاومة للعلاج والكفاح من أجل التغلب على المقاومة يعتبر جزءاً أساسياً من التحليل ويتطلب وقتاً كافياً. (باترسون، 1989)



تاسعاً: دور المرشد النفسي:

إن عمل المرشد النفسي شاق وهام ومؤثر وسري. حيث يترك المرشد الحرية للمسترشد بأن يذكر جميع الأفكار الموجودة لديه، وأن يقول كل شيء يخطر بباله حتى أحلامه وعناصرها المختلفة بعد أن يكون المرشد قد أزال جميع المشتتات من الغرفة التي يستلقي فيها المسترشد، ويكون دور المرشد دور المراقب لما يقوله المسترشد من أفكار وتداعيات ليحاول التعرف على المكبوتات لديه، وإذا طال صمت المسترشد يتدخل المرشد عن طريق الإشارة إلى كلمة وردت على لسان المسترشد مقرونة

بانفعال ما، بغية الذهاب إلى أعمق ما يمكنه من محتويات اللاشعور، وعندما يصل المرشد إلى تعليل الظاهرة يكون قد وضع يده على أسباب المشكلة.

إن دور المرشد في التحليل النفسي هو دور الوسيط والمحرض في الوقت نفسه، بما يقوم به من نشاط في توفير الجو المناسب للمسترشد لكي يكون في حالة من الاسترخاء، وأن يفسح له المجال لكي يتحدث عمّا يدور في خلده من الأمور الهامة وغير الهامة من حياته. وفي هذه الحالة يضعف دور الرقابة قدر الإمكان، وذلك من خلال الإشباعات الجزئية لمطالب الهو، أي عن طريق الإفصاح عن المكبوتات في الهو دون أية إعاقة له من قبل الأنا. كما يقوم المرشد بتحريض المسترشد على الكلام – عند صمته – من خلال بعض الأسئلة غير الموحية بإجابة ما تفاديا للمقاومة التي قد يبديها المسترشد.

إن دور المرشد لا يتوقف عند هذا الحد من العمل مع المسترشد، أي أن يستمع له فقط وإنما يلحظ كل التغيرات التي قد تظهر على المسترشد من تعابير الوجه إلى بعض الإيحاءات التي قد يظهرها المريض بين الحين والأخر، وإلى الزلات التي تصدر عن المسترشد أثناء الجلسة، لأن رقابة الأنا تكون ضعيفة، مما يسمح بالكثير من هذه الإشارات من قبل المسترشد.

ويقوم المرشد بجمع هذا المعلومات وتفسيرها وتحليلها من أجل الوصول إلى داخل اللاشعور عند الفرد. وهذا هو جوهر عملية التحليل النفسي. ويحاول المرشد في المراحل المتقدمة من العلاج الغوص إلى أعماق النفس عند المسترشد والوصول إلى الساحة اللاشعورية لديه والتحدث معه عنها دون خجل، وخاصة ما يتعلق منها بالناحية الجنسية والتعرف على المكبوتات في هذا الحقل الهام من حياة المسترشد وعلى المرشد أن يراعي أخلاقيات العمل المهني، والتي من أهمها المحافظة على سرية المعلومات التي سيدلي بها المسترشد أمام المرشد.

عاشراً: تقويم النظرية:

إن نظرية التحليل النفسي وبالرغم من النجاحات التي احرزتها، فقد واجهت بعض الإخفاقات، وتعرضت إلى العديد من الانتقادات. ولهذا سوف نبرز أهم ايجابيات النظرية وسلبياتها.

الايجابيات:

1. الاهتمام بعلاج أسباب المشكلات والاضطرابات النفسية.
2. تناول الجوانب اللاشعورية إلى جانب الشعورية في الحياة النفسية للمسترشد.
3. تحرير المسترشد من دوافعه المكبوتة وإعلائها واستثمار طاقتها.
4. الاهتمام بالسنوات الأولى من حياة المسترشد.
5. العودة بالشخصية المضطربة إلى حالة من التكامل والنضج ومواجهة الواقع والتكيف والسعادة.
6. تعتبر نظرية فرويد أول نظرية شبه متكاملة في الشخصية.
7. التحدث عن تأثيرات اللاشعور على السلوك.
8. تطوير فرويد لطريقة التداعي الحر وحديثه عن التحويل.

السلبيات:

1. التركيز الزائد الذي وجهه فرويد للعوامل البيولوجية والوراثية وعوامل النضج في إسهامها في النمو البشري وبخاصة غريزة الجنس، وإهمالها للجوانب الاجتماعية.
2. النظرة الجبرية للسلوك البشري، وكذلك النظرة التشاؤمية وأن الإنسان عدو لأخيه الإنسان.
3. قبوله لما يقوله له مرضاه كما هو دون محاولة التيقن منه بوساطة أي شكل من أشكال البرهان الخارجي من الأقارب أو المعارف أو الوثائق أو نتائج الاختبارات والمعلومات الطبية.

4. فشل فرويد في ملاحظة أن الكثير مما رآه في مرضاه مرتبط بزمن معين وبيئة خاصة في بلد معين. ونتيجة لذلك وقع في خطأ التعميم للأحداث والوقائع الخاصة بالقرن التاسع عشر في مدينة فينيا وجعلها تنطبق على جميع البشر دون تمييز بين الفروق الثقافية في البيئات المختلفة.
5. يعترف فرويد أنه لم يسجل لفظيا ما يقوله المرضى وما يفعلونه في ساعة العلاج، وانما كان يعمل من مذكرات يسجلها بعد ذلك بساعات عديدة (هول ولندزي، 1971، 95).
6. فشل فرويد في إدراك استقلال الأنا في مقابل سيطرة الهو، حيث أن الأنا له مصادره الخاصة من الطاقة ومن الاهتمامات والدوافع والأهداف المستقلة عن الهو.
7. لقد ركز فرويد على اللاشعور واعتبر كل أنواع السلوك التي تصدر عن الفرد تعود إلى ما هو في أعماقه وتعمل على توجيه تفكيره وسلوكه.
8. لم تقدم نظرية فرويد قواعد علاقات واضحة ومحددة لما سوف يحدث إذا وقعت أحداث معينة، مثل ما هي العلاقة بين الخبرات الصادمة ومشاعر الاثم والكبت؟ ما هي العلاقة بين الأنا الأعلى وعقدة أوديب؟ إلى أي درجة تكون الأنا ضعيفة حتى يمكن للغريزة أن تسيطر عليها ؟ وما تفسير حالات الخلل في العمليات العقلية التي تحدث نتيجة الخوف الشديد وحالات الضعف الإرادي الشديد؟ هذه الأسئلة وغيرها لم تجد لها إجابات واضحة في نظرية فرويد!

وأخيراً: وبالرغم من الانتقادات التي تُوجه لنظرية فرويد إلا أن هذه النظرية لها من الأثر ما يجعلها ثابتة ومثيرة للاهتمام، وقد يعود ذلك لأسباب عديدة منها: أن فرويد قد أسقط أفكاره بلغة جميلة وطريقة ماهرة باستخدام الإشارات الأدبية، معتمدا على الأسطورة في بعض الأحيان ليُوضح أفكاره. كما أن تركيز فرويد على مفهوم الجنس يتمتع بالإثارة والفضول والجاذبية، فالحياة والجنس يثيران الاهتمام كما في الموت والعدوان.

أثارت أفكار فرويد جدلا كبيرا في أثناء حياته وبعد مماته، واختلف معه كثيرون من زملائه، الأمر الذي دفع بكثير منهم إلى اقتراح بدائل لها لتفسير السلوك الإنساني في صحته

ومرضه والطرق المستخدمة في الإرشاد النفسي. وقد أثارت هذه النظرية جدلاً ليس له مثيل في ميدان علم النفس والإرشاد النفسي وكانت المحرك الأكبر لولادة عدد من النظريات التي خرجت ردا على الأفكار التي طرحها فرويد. ولكن أحدا لا يستطيع أن ينكر الدور الذي لعبته هذه النظرية في تقدم علم النفس والإرشاد النفسي والإضافات التي قدمتها إلى هذه الميادين.

إن نظرية التحليل النفسي بروادها الذين سمح الوقت بالتحدث عنهم، نظرية رائدة قدمت إضافات هامة ومفيدة وجريئة، ومحاولات جادة لرسم صورة الشخصية في مراحل نموها وفي صراعاتها واضطراباتها. وهذا ما أكسبها مكانة دائمة في مجال علم النفس والإرشاد النفسي.

الفصل الثالث

نظرية الإرشاد (العلاج) السلوكي

Behavior Theory

- مدخل.
- مصادر النظرية.
- تطور النظرية السلوكية.
- رواد النظرية السلوكية.
- أهداف النظرية.
- خصائص الإرشاد السلوكي.
- عملية الإرشاد السلوكي.
- النظرة إلى الاضطراب النفسي.
- الأساليب والتقنيات المستخدمة.
- تقويم النظرية.

الفصل الثالث

نظرية الإرشاد (العلاج) السلوكي

Behavior Theory

أولاً: مدخل:

السلوكية (Behaviorism) اتجاه في علم النفس يرفض الوعي (Consciousness) كموضوع للبحث ويرد النفس إلى الأشكال المختلفة للسلوك التي تفهم كمجموعة من ردود فعل الجسم للمثيرات البيئية. وتشمل السلوكية كل نظام يبذل فيه الجهد لإحلال المعطيات الموضوعية والمنهج العلمي العام والملاحظة المباشرة محل المعطيات الذاتية ومنهج الاستبطان. ولم تولد السلوكية كاملة النمو، بل نمت، تدريجيا، في أحضان الفلسفة وعلم النفس.

والسلوكية مصطلح يستخدم للدلالة على أمور متميزة:

- علم النفس هو علم السلوك لا علم العقل.
- مصدر السلوك في العالم الخارجي، حيث يمكن للسلوك أن يُوصف ويُفسر دونما حاجة إلى الرجوع للعمليات المعرفية والنفسية الداخلية.
- السلوكية منهج يعتمد الطريقة العلمية التجريبية في دراسة السلوك ويرفض الاستبطان.
- تدرس السلوكية ما نستطيع ملاحظته وقياسه. (إبراهيم، 1994)، (الزراد، 2005)

يحتوي الإرشاد السلوكي على تيارات عديدة وأنظمة فرعية داخل النظام السلوكي ابتداء من كتابات: بافلوف، واطسون، سكنر، باندورا، ولبي وغيرهم. فالعلاج السلوكي أسلوب يقوم على أساس نظريات التعلم، ويشتمل على مجموعة كبيرة من فنيات العلاج التي تهدف إلى إحداث التغيير والتعديل في سلوك الإنسان وبصفة خاصة السلوك غير المتوافق.

إن السلوك هو النشاط الجسمي والحركي والفيزيولوجي واللفظي الذي يقوم به الإنسان وهو يتفاعل مع بيئته ويمكن ملاحظته بأدوات القياس أو بواسطة ملاحظ خارجي. ويشتمل تعديل السلوك على التطبيق المنظم للأساليب التي انبثقت عن القوانين السلوكية وذلك بغية إحداث تغيير ظاهري مفيد في سلوك الإنسان.

يتأثر السلوك الإنساني بمجموعة من المؤثرات أهمها:

الجانب المعرفي:

حيث تتشكل استجابات الفرد وردود أفعاله للأشياء والأشخاص طبقا لإدراكه، أي طبقا لعالمه المعرفي المتفرد. والدافعية: التي تمثل القوى الدافعة المنشطة للفرد.

ويحدد التحليل الدافعي الهدف الذي يسعى الفرد لتحقيقه. وتلبية الحاجات الأساسية التي تلعب دورا هاما في حياة الإنسان مثل الطعام والشراب والجنس والمحافظة على الذات. والحاجة إلى الانتماء.

وتعمد المعالجة السلوكية إلى إزالة السلوك غير المرغوب فيه ومساعدة المريض على تعلم استجابة أو سلوك أخر أفضل تكيفا، ومما يميز المعالجة السلوكية عن غيرها من المعالجات النفسية أنها تركز بشكل أساسي على ما يمكن مراقبته ومشاهدته في سلوك المريض دون التعرض لما يدور في ذهنه من دوافع لسلوكه الخارجي، ولذلك فان الكثير من المعالجين السلوكيين يستعملون مع المعالجة السلوكية مزيجا من أنواع أخرى من المعالجات النفسية فنجدهم مثلا يتعرضون أحيانا للدوافع والأسباب الفردية لهذا السلوك الخارجي الظاهر. (مبيض، 2006، ص 57).

ثانياً: مصادر النظرية السلوكية:

1) التقاليد الفلسفية:

خطا الخطوات الأولى نحو استخدام المعطيات الموضوعية في علم النفس ثلاثة فلاسفة هم ديكارت وهوبز ولاميتري. ولعل الأهم هو أوغست كونت، الذي يرى أن المعرفة الاجتماعية القابلة للملاحظة الموضوعية هي وحدها الثابتة. وأنكر كونت أهمية العقل الفردي، وانتقد المناهج الذاتية بشدة. فهو يرى أن الاستبطان يحمل في ذاته استحالته أو منافاته للعقل: فعلى العقل أن يتوقف عن العمل من اجل أن يصبح الاستبطان ممكنا، إلا أن هذا العمل هو، بالذات، ما تراد ملاحظته. وقد حدد كونت نمطين واضحين لدراسة الوظائف النقدية والعقلية، أولهما تحديد الشروط الفيزيولوجية التي تتوقف عليها هذه الوظائف، وثانيها ملاحظة السلسلة السلوكية.

2) علم النفس الحيواني:

الذي خطا خطوات واسعة كان لها تأثير هام في تطور علم النفس في القرن العشرين، ولا سيما في علم النفس الوظيفي. وربما كانت نظرية التطور لدارون أكثر المسلمات تأثيرا حاسما في علم النفس بين مسلمات العلوم الأخرى. ففيها أتيحت الفرصة للانصراف عن كل شكل من أشكال الفصل بين أشكال سلوك الإنسان وسلوك الحيوان.

نشأ علم النفس الحيواني، إلى حد بعيد عن النظرية التطورية. ولكن خصوم الداروينية هبوا لرد الفرضية القائلة بوجود استمرار نفسي بين الإنسان والحيوان، كما هب أنصارها لدعمها.

وكانت فكرة داروين الأساسية أن السلوك الانفعالي لدى الإنسان نتيجة وراثة لسلوك كان مفيدا للحيوان وللإنسان، في مرحلة ما، إلا أنه لم تعد له فائدة الآن. وتابع علم النفس الحيواني تقدمه على أيدي الكثير من العلماء من أبرزهم مورغان ولوب وثورندايك وبافلوف.

3) النزعة الوظيفية:

كان موقف ثورندايك أقرب إلى السلوكية الحديثة، وكذلك كاتل الذي عرّف علم النفس بأنه معظم العمل الذي قام به أو جرى في مخبره. ولا يقل تحررا من الاستبطان عن العمل في الفيزياء أو في علم الحيوان. أما ماكدوغال فقد عرف علم النفس أنه العلم الوضعي للسلوك. وبهذا أخذت السلوكية من النزعة الوظيفية جزءاً من تقليدها الأبوي، وحان الوقت لقيام موضوعية أرسخ في علم النفس، وكان واطسن يمثل تلك الروح في ذلك العصر.

ولقد حققت النظرية السلوكية عالما مختلفا في دراسة الشخصية عمّا كان سائدا في تلك الفترة، فلقد نقلت الشخصية بعيداً عن الغموض، والاستبطان، إلى المختبر، إلى عالم القياس.

ثالثاً: تطور النظرية السلوكية:

احتل الإرشاد النفسي السلوكي مكانة هامة في النصف الثاني من القرن العشرين، حيث نشأ وتطور على أيدي مجموعة من العلماء ومن أبرز رواد هذه النظرية ايفان بافلوف الذي قدم تجاريه عن الاشراط الكلاسيكي (1920)، ونشر واطسن عام 1925 كتاب السلوكية الذي كان سلسة من المحاضرات المطبوعة بالاتجاه البيئي لتحسين الكائنات الإنسانية وأعمال سكنر(1953) وتجاريه المختلفة وكتاباته عن العلم والسلوك الإنساني. ودولارد وميلر (1950) ونظريتهما في العلاج النفسي التي تحديا بها مدرسة التحليل النفسي، ثم كتب جوزيف ولبي كتابة الشهير عن العلاج بالكف بالنقيض عام (1958) ثم استخلص آيزنك

المبادئ والتعديلات النظرية والتعليمية للاضطرابات النفسية وانشأ أول مجلة علمية متخصصة في هذا المجال. وفي الولايات المتحدة الأمريكية بدأ العلاج السلوكي وتطور منذ إعمال سكنر حول الإشراط الإجرائي وفي عام (1966) تم تأسيس الجمعية الأمريكية للعلاج السلوكي التي يرمز لها اختصارا A.A.B.T (American Association For Behavior Therapy)، وظهرت نظرية التعلم الاجتماعي التي طور مفاهيمها ألبرت باندورا (1977).

ونذكر هنا أبرز رواد النظرية السلوكية:

- **ايفان بافلوف (Pavlov, I.):**

ولد بافلوف عام 1849، روسي الجنسية، عالم في علم النفس الفيزيولوجي، كانت أعماله في الهضم هي التي أكسبته جائزة نوبل في الفيزيولوجية والطب عام 1904، واكتشف بافلوف المنعكسات الشرطية وأهميتها في سلوك الحيوانات والإنسان، أجرى تجاربه على الكلاب، حيث لاحظ أن الكلب يُفرز اللعاب (استجابة طبيعية) عندما يُقدم له الطعام (مثير طبيعي). ثم أضاف له صوت جرس (مثير محايد) قبل تقديم الطعام (مثير طبيعي)، وبعد تكرار هذا الموقف، وجد أن الكلب يفرز اللعاب فور سماعه صوت الجرس دون أن يُقدم الطعام. وفي رأي بافلوف أن الظاهرات النفسية الأكثر مثل، العادة، الارادة، يمكن إرجاعها إلى سلسلة من المنعكسات الشرطية. ومساهمته في علم النفس الحديث كبيرة، وقد أسهمت أفكاره إلى عدة تطبيقات عملية، كالعلاج النفسي بالسلوك وعلاجات النفور والولادة دون ألم.

ومن مؤلفاته: محاضرات في المنعكسات الشرطية 1920، المنعكسات الشرطية 1927 عشرون عاما من الدراسة الموضوعية للفاعلية العصبية العليا للسلوك لدى الحيوانات 1928، دروس في فعالية القشرة الدماغية 1929، المنعكسات المشروطة والطب النفسي 1930، دروس في عمل نصفي الكرة الدماغية،

نمذجة وعلم أمراض الفاعلية العصبية العليا، منعكسات مشروطة وضروب الكف.
توفي عام 1936.

- **جون واطسن (Wattson, J.):**

ولد عام 1878، سلوكي أمريكي، بدأ حياته العلمية في جامعة شيكاغو حيث شرع في دراسة الفلسفة، لكن سرعان ما انتقل إلى دراسة علم النفس التجريبي، ودرس أيضا الفزيولوجيا وعلم الأعصاب، وحضّر رسالة دكتوراه تناولت الترابط بين التعقيد المتزايد لسلوك الفأر ونمو الجملة العصبية المركزية. وهناك بحث آخر أكثر شهرة أجراه في شيكاغو هو تحليله للمفاتيح الحسية في تعلم الفأر للمتاهة. وفي عام 1908 تابع واطسن عمله المخبري على الحيوانات بصفته مدرساً في الجامعة.

ومنذ عام 1913 بدأ واطسن نشر بعض المقالات العلمية في المجلات النفسية، ثم نشر كتابه الأول، السلوك: مدخل إلى علم النفس المقارن الذي صدر عام 1934. وفي عام 1919، نشر واطسن كتابا آخر بعنوان: علم النفس من وجهة نظر السلوكي. وقد قبل السلوك اللفظي كواقعة ورفض الاستبطان. وانصب إلحاحه على عوامل النمو.

وقد أجرى واطسن وراينر (Rayner) بعض التجارب التي أسهمت في ظهور العلاج السلوكي، فلقد قاما عام 1920 بتجربة لإحداث الخوف لدى طفل صغير حيث استخدما مثيرا وهو الصوت العالي وقدماه مع الأرنب، ليصبح وحده قادراً على إحداث الخوف من الأرنب عند الطفل فأصبح يخاف منه، وعمم الخوف على الأشياء القريبة من الأرنب.(الشناوي، 1996)

نشر واطسن عام 1925 كتاب السلوكية الذي كان سلسة من المحاضرات المطبوعة بالاتجاه البيئي لتحسين الكائنات الإنسانية، وكان هذا الكتاب هو أكثر ما استرعى انتباه الجمهور غير المختص المؤيد والمعارض على حد سواء. وبالرغم من

أن واطسن تابع النشر في مناسبات متفرقة، إلا انه لم ينشر جديدا. توفي واطسن عام 1954.

- إدوارد ثورندايك (Thorndike, E.):

ولد ثورندايك عام 1874، من أسرة برجوازية متدينة، أمريكي الجنسية، اشتهر بنظريته المعروفة باسم نظرية المثير والاستجابة (Stimulus – Response)، وببحوثه في مجال التعلم، حيث نشر أول كتاب له بعنوان ذكاء الحيوان 1898.

يؤكد ثورندايك بالنموذج الذي ساقه وهو المحاولة والخطأ، أن التعلم عملية ميكانيكية بسيطة لا علاقة لها بقدرة الذكاء. حيث أجرى دراسة حول قطة جائعة وضعها في صندوق، ولا تستطيع الخروج منه للحصول على الطعام إلا بضرب الباب بيدها. وقد لاحظ أن القطة تبدأ بالضرب بيدها عشوائياً على أماكن مختلفة من القفص. وبالصدفة تحدث الضربة في المكان المطلوب وينفتح الباب وتخرج القطة لتحصل على الطعام. وعندما تُعاد القطة إلى القفص مرة أخرى، لوحظ أن عدد الضربات الفاشلة تقل تدريجياً. ونتيجة للتكرار أصبحت القطة تفتح باب القفص بنجاح.

ويعتبر ثورندايك ارتباطياً حيث يرى أن الدراسة الموضوعية الوحيدة التي يمكن أن يهتم بها علم النفس هي دراسة السلوك. واختزالياً أيضا، أي يرد السلوك إلى وحدات ابسط. وأبسط وحدة يمكن أن يردها إلى وحدة المثير – الاستجابة. (عباس، 1996)

ومن مؤلفاته عام 1913، مقدمة لنظرية في القياس العقلي والاجتماعي، ثم كتاب علم النفس وعلم التربية عام 1926. ونشر في عام 1931 الكتب التالية: مبادئ التدريس على أساس من علم النفس، علم النفس التربوي، الطبيعة الأصلية

للإنسان، سيكولوجية التعلم، العمل العقلي والتعب والفروق الفردية وأسبابها، التعلم عند الإنسان. توفي عام 1949.

- **كلارك هل (.Hull, G):**

ولد هل عام 1884 في نيويورك، وقد كان عليلا خلال طفولته وعانى من ضعف البصر طيلة عمره، كما ترك له شلل الأطفال ساقا عرجاء. وكان يعتقد أن هذه العاهة كانت وراء الكثير من إنجازاته. وتأخرت دراسته من جراء المرض والهموم المالية، ولكنه انتهى إلى الحصول على شهادة الدكتوراه من جامعة وسكونسن، وكان موضوع رسالته في تكوين المفهوم، بقي هل في قسم علم النفس في جامعة وسكونسن بعد تخرجه. ونتيجة لتكليفه بتدريس الروائز والقياس، تفحص أدبيات هذا الميدان ونشر نصا بعنوان روز القابلية عام 1928.

وكان اهتمامه التالي يتصل بقابلية الإيحاء الذي استمر لعشر سنوات، ونشر كتابا بعنوان التنويم المغناطيسي وقابلية الإيحاء 1933.

وكانت المرحلة النهائية من مشاغل هل تتصل بنظرية التعلم، وفي عام 1929 أصبح أستاذا باحثا، ومنذ ذلك الحين عكف على تطوير نظرية السلوك معتبراً الدافعية إحدى المتغيرات المؤثرة في الاستجابة السلوكية. توفي عام 1952.

- **إدوارد تولمان (.Tolman, E):**

ولد عام 1886، وهو سلوكي أمريكي، خالف ما ذهب إليه واطسن. حيث رأى أن السلوكية كنسق في علم النفس لا تكفي وحدها، وإنما لابد من جانب آخر، هو الغرضية أو القصدية، وهو جانب فلسفي، أي أنه أضاف إلى السلوكية بعدا تأمليا غائيا. كما يمتاز تولمان بنزعة أخلاقية، وانضم إلى لجنة الدفاع عن الحريات المدنية.

وأصدر عدة كتب منها:

- الدوافع للحروب، صيغة جديدة للسلوكية 1922
- السلوك الغرضي لدى الحيوان والانسان 1932
- مبادئ السلوك الغرضي 1959.

والغرضية تعني أن الإنسان أو الحيوان يقصد إلى شيء من سلوكه، أو أن له غرضا من سلوكه يريد تحقيقه، أي القصدية من مسائل الشعور. وكان تولمان يهتم بالسلوك ككل، ويدرسه دراسة مجردة، وهو يرى أن المثير والاستجابة لا تصلح وحدها لدراسة السلوك لأنها تتجاهل صاحب السلوك لذلك لابد من وضع الكائن الحي في الاعتبار. توفي تولمان عام 1959. (عباس، 1996).

- **برهس سكنر (Skinner, B.):**

ولد سكنر عام 1904 في مدينة صغيرة بولاية بنسلفانيا الأمريكية، وعاش حياة مستقرة وهادئة في طفولته. وعندما كان طالبا اعتنى بالفنون المدرسية الحرة، وكان متفوقا في اللغة الإنكليزية، مما جعل هدفه المهني الأول أن يصبح كاتبا، حيث قضى عامين في محاولات أدبية يائسة، وكان لإعجابه الشديد بأفكار بافلوف وواطسن اكبر الأثر لالتحاقه بدراسة علم النفس في جامعة هارفرد، حيث حصل منها على درجة الدكتوراه عام 1931. وفي عام 1936 كانت أول مكانة أكاديمية له في جامعة مينيسوتا حيث حقق شهرة واسعة كأحد اشهر علماء النفس التجريبيين في ذلك الوقت، وبقي فيها تسع سنوات. حصل على جائزة العالم المتميز من الجمعية الأمريكية لعلم النفس، وعضوية الأكاديمية الدولية للعلوم.

لقد طوّر سكنر ما عُرف باسم "صندوق سكنر" للكشف عن مبادئ ضبط السلوك، حيث استطاع أن يعلم الحمامة أن تنقر على رافعة إذا أرادت الحصول على حبة القمح، وأن تدور حول نفسها أو تسير في خط مستقيم نحو الرافعة. وقد أظهرت هذه الدراسة وغيرها، على الفأر مثلاً، عدداً من المفاهيم منها التعزيز والعقاب.

ويعد كتابه الأول سلوك الكائنات العضوية، الذي صدر في عام 1938 بمثابة أهم عمل علمي له لكونه يتضمن المصادر الأساسية للتأثيرات العقلية. ثم أعيد طبع هذا الكتاب في عام 1953 بعد تعديله تحت عنوان العلم والسلوك الإنساني، ويحتل كتابه السلوك اللفظي 1977 المرتبة الثانية لكونه يكمل الحلقة الناقصة في نشاط الإنسان، إذ يفسر ما يقوم به علماء النفس المعرفيون عندما يسألون شخصا ما بدلا من أن يقيسوا سلوكه. كما عرض أسس نظريته في كتب كثيرة مثل تكنولوجيا التدريس 1968، واحتمالات التعزيز 1969، وفيما وراء الحرية والكرامة 1971، ومن كتبه الهامة في عام 1976 حول السلوكية، وحياتي الخاصة (السيرة الذاتية لحياته). واعتبر سكنر أن السلوك البشري تتحكم فيه البيئة التي تعتبر بعيدة عن تحكم الفرد وسيطرته.

- **جون دولارد (Dollard, J.):**

ولد دولارد عام 1900، وحصل على الاجازة الجامعية من جامعة وسكونسن عام 1922، ثم على درجة دكتوراه الفلسفة وعلم الاجتماع من جامعة شيكاغو 1931، وفي 1932 قبل وظيفة أستاذ مساعد لعلم الأنثروبولوجيا في جامعة يل، وفي السنة التالية أصبح أستاذاً مساعدا لعلم الاجتماع في معهد العلاقات الإنسانية المنشأ حديثا في نفس الجامعة، وفي 1937 أجرى دراسة عن استغلال الزنوج في الجنوب الأمريكي، وفي 1948 نال درجة الأستاذية في نفس المعهد. وتقاعد 1969. تدرب دولارد على التحليل النفسي في معهد برلين، ولا يقتصر سعيه في توحيد العلوم الاجتماعية على ندائه بذلك فقط ولكن في اهتمامه بعلم الاجتماع والأنثروبولوجي وعلم النفس ومؤلفاته في هذه العلوم، ومن مؤلفاته أطفال الرقيق،

كما نشر كتاباً في جزاين عن التحليل النفسي للخوف، كما نشر عام 1959 مع كتاب تسجيل دوافع الإنسان، وتوفي في عام 1980.

- **نيل ميلر (Miller, N.):**

ولد ميلر عام 1909. وحصل على الاجازة الجامعية من جامعة واشنطن 1931، ودرجة الماجستير من جامعة ستانفورد 1932، ودرجة الدكتوراه من جامعة يل في علم لنفس 1935. وخلال الفترة من 1932 – 1935 عمل باحثاً مساعداً في قسم علم النفس بمعهد الدراسات الإنسانية، وعمل سنة بعد ذلك باحثا بمركز دراسات العلوم الاجتماعية وبعد ذلك سافر إلى فينا فتلقى تدريبا في التحليل النفسي من معهد فينا. وخلال الفترة من 1936 – 1940 عمل مدرسا ثم أستاذا مساعدا بمعهد العلاقات الإنسانية ثم حصل على الأستاذية في 1941، وفي عام 1946 عاد إلى جمعية يل وحصل فيه على درجة أستاذ لعلم النفس وظل بها حتى 1966 حتى راس معمل علم النفس الفسيولوجي في جامعة روكفيلر. ويعد تعاونه مع دولارد من عوامل شهرته في علم النفس. وركزت بحوثه المبكرة على دراسة السلوك في البيئة الطبيعية، ولكن في منتصف الخمسينات تحول اهتمامه إلى دراسة الميكانزمات السيكولوجية ودور الدوافع والتعزيز في ظهورها. ونال ميلر عضوية الأكاديمية القومية للعلوم، ورشح لرئاسة الجمعية الأمريكية لعلم النفس 1959 وحصل على وسام وارن من جمعية علماء النفس التجريبيين 1957. وفي سنة 1939 نشر مع دولارد وعددٍ من أعضاء معهد العلاقات الإنسانية مقالا بعنوان الإحباط والعدوان، حيث حاولوا فيه تحليل الإحباط ونتائجه من خلال مفهومي المثير والاستجابة، وبشكل يحقق التكامل بين مفاهيم السلوكية والتحليل النفسي ويحقق الاستفادة من هذا التكامل. وقدم دولارد وميلر كتابين حاولا فيهما إظهار التطبيقات المختلفة لنظرية هل في مجال علم النفس الاجتماعي هما: التعلم الاجتماعي والمحاكاة 1941، والشخصية والعلاج النفسي 1950. وكانت آخر اهتماماته هي دراسة الظروف التي يمكن للفرد تحتها ان يتحكم في النواحي الداخلية له، وكان لميلر إسهامٌ فعالٌ هو التغذية البيولوجية الراجعة.

- **جوزيف ولبي (Wolpe, J.):**

ولد عام 1915، وأمضى معظم طفولته في جنوب أفريقيا، درس وجهة نظر فرويد حول السلوك الإنساني والتحليل النفسي، وهذا ما قاده عام 1945 إلى دراسة المنعكسات الشرطية لدى بافلوف، وتأثر بتجارب بافلوف وتبنى الإطار النظري لأراء هل، وشعر أن المسلمات التي وضعها هل تميل إلى أن تكون غير صحيحة.

حصل على الاجازة الجامعية عام 1939، وعلى الدكتوراه في الطب عام 1948 من جامعة ويت وترستراند في جوهانسبرغ في جنوب أفريقيا، كما عمل محاضرا في قسم الطب النفسي في الجامعة نفسها بين عامي 1949 – 1959. وخلال الأعوام 1960 – 1965 عمل أستاذا للبحث الإكلينيكي في مجال الطب النفسي في جامعة فرجينيا في أمريكا، وفي عام 1965 أصبح أستاذا للطب النفسي بقسم العلوم السلوكية. أعد ولبي أطروحته في الطب، وكان موضوعها العلاقة بين الاستجابات الشرطية والتبول اللاإرادي. وتجلت قمة كتاباته في كتاب العلاج النفسي بواسطة الكف بالنقيض عام 1958. وأوضح أن إزالة الخوف يعتمد عن الكف بالنقيض، وبناءً عليها طور طريقة شهيرة الآن في علاج الخوف والتي تعرف بالتخلص التدريجي من الحساسية.

- **البرت باندورا (Bandura, A.):**

ولد باندورا عام 1925 في كندا. وكان والداه فلاحين من أصل أسباني. التحق بجامعة كولومبيا البريطانية وحصل على الاجازة الجامعية عام 1949 بعد ثلاث سنوات دراسية، ونظرا لذلك فاز بجائزة بولوكان Bolocan، التي تُمنح للمتفوقين في علم النفس ولمن يقدمون إسهامات جيدة فيه قبل التخرج.

التحق باندورا بجامعة أيوا لمزيد من الدراسة والتخصص في علم النفس، ودرس في الجامعة نظرية التعلم واختبرها بحماس، وتعلم الطريقة التجريبية وركز على التعلم بالملاحظة، وحصل على درجة الماجستير عام 1951 وعلى

الدكتوراه عام 1952، ثم قضى السنة التالية للعمل كمختص إكلينيكي في مركز ويشتاكانسن للإرشاد، ثم قبل وظيفة باحث في قسم علم النفس بجامعة ستانفورد.

بدأ باندورا برنامجا للبحث التجريبي يستهدف دراسة أثر التعلم الاجتماعي بالملاحظة والتقليد على السلوك العدواني للأطفال، وانتهى البحث في عام 1970 بنتيجة هامة مؤداها أن هناك تأثيراً للعنف في التلفزيون على سلوك الأطفال الصغار. وفي المجال العلاجي طور

واختبر اتجاهه الفريد في تعديل السلوك الذي يقوم على فنية النمذجة Modelling، ثم وجه اهتمامه إلى دراسة أثر فعالية الذات المدركة على إثارة الخوف وعلى القدرة على مواجهة المواقف المهددة، وأكد على دور العوامل المعرفية في تنظيم السلوك ولذلك أصبح اتجاهه السلوكي اكثر عقلانية ومنطقية بالمقارنة مع سكنر.

وأول مؤلفاته عدوان المراهقين 1959، وكتابه الثاني التعلم الاجتماعي ونمو الشخصية 1963، ألفهما بمشاركة أول طلابه الذين أشرف عليهم في الدكتوراه، ثم نشر أسس تعديل السلوك 1969، وفي نفس السنة عمل رئيساً لمركز الدراسات العليا في العلوم السلوكية في جامعة ستانفورد، كما صدر له تحليل في ضوء التعلم الاجتماعي 1973، كما نشر كتاب نظرية التعلم الاجتماعي 1971، وطبعة أخرى عام 1977. ونظراً لإسهاماته في مجال علم النفس تلقى العديد من الجوائز منها: جائزة العالم المتميز 1972 من الجمعية الأمريكية لعلم النفس، وجائزة عالم النفس المتميز 1973 من رابطة علم النفس في كاليفورنيا، وتقلد منصب رئيس الجمعية الأمريكية لعلم النفس.

رابعاً: روافد النظرية السلوكية:

ترى النظرية السلوكية أن كل تصرفات الإنسان السوية منها والشاذة هي سلوكات متعلمة، أي أن سلوك الإنسان خاضع لظروف البيئة. وبالتالي فالشخصية من وجهة نظر هذه النظرية هي الأنماط المتسقة من السلوك، أي أننا إذا أردنا أن نحدد شخصية فرد ما، فإن علينا أن نحدد ما يفعله وما يقوم به من تصرفات. وبالرغم من تعدد نظريات التعلم فإن هناك ثلاث روافد أساسية تمد المعالجين السلوكيين بالأسس التي يبنون عليها أساليبهم العلاجية، وهذه الروافد هي:

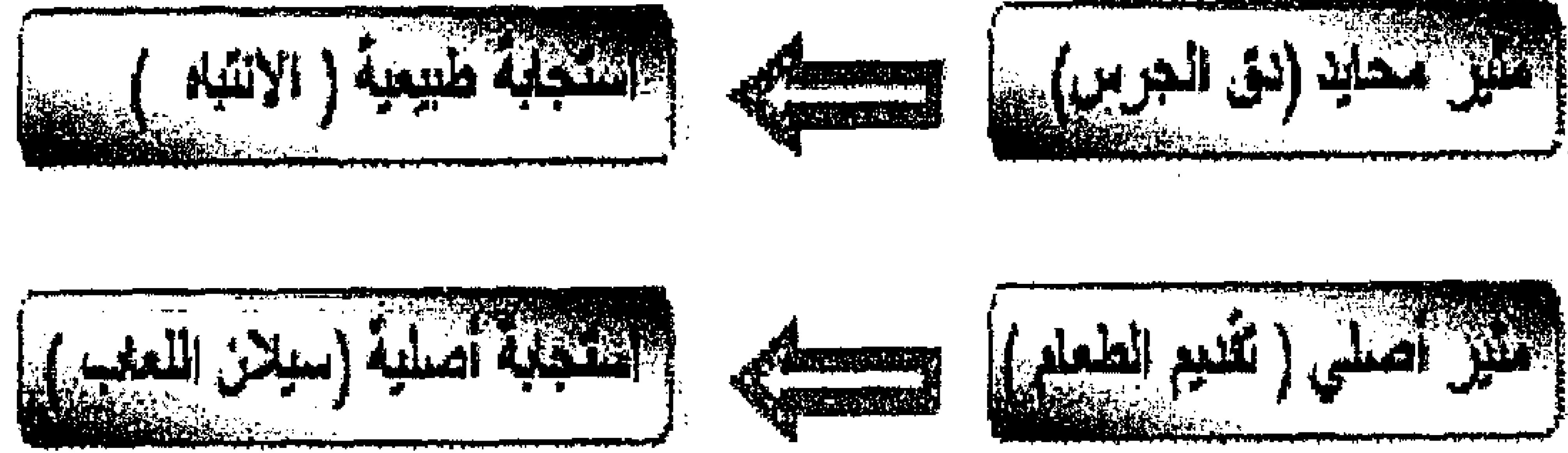
1. نظرية الإشراط الكلاسيكي
2. نظرية الإشراط الإجرائي
3. نظرية التعلم الاجتماعي
4. التعلم المعرفي
5. التعلم المستند إلى الدماغ

1) نظرية الإشراط الكلاسيكي (Classical Condioning):

تركز هذه النظرية على العلاقة بين المقدمات (Antecedents) والاستجابات (Responses) ويشار إلى هذا النوع من الإشراط أحيانا بإشراط المستجيب (Respondent Conditioning).

وترى هذه النظرية أنه بعد المزاوجة بين المثير غير المشروط (الطبيعي) (Unconditioned Stimiulus) والمثير المحايد فإن ظهور المثير المحايد يؤدي إلى ظهور الاستجابة التي كان يولدها المثير الطبيعي.

- في البداية: مثير غير مشروط (طبيعي) يؤدي إلى ظهور استجابة غير مشروطة(طبيعية).
- الاقتران: مثير غير مشروط مع مثير محايد يؤدي إلى ظهور استجابة غير مشروطة.
- الإشراط: مثير مشروط يؤدي إلى ظهور استجابة مشروطة.



وتبعا لهذه النظرية فإن ضبط السلوك يتم عن طريق الأحداث التي تسبق السلوك والتي لها القدرة على توليد هذا السلوك.

ويرجع الفضل في نشأة نظرية الإشراط الكلاسيكي للتعلم إلى أبحاث العالم الروسي بافلوف الذي أجرى تجاريه على الحيوان وبخاصة الكلب. وكذلك الأمريكي واطسن. وطوّر هذه النظرية كل من هل، ودولارد وميلر. ونورد المثال التالي: أخذت الأم طفلها الرضيع يوماً إلى عيادة الطبيب بسبب ارتفاع حرارته، وهناك حقنه الطبيب بحقنة (مثير طبيعي) آلمته، وكان الطبيب يرتدي مريولاً أبيض (مثير محايد). وفي اليوم التالي ذهبت الأم وطفلها إلى الصيدلية لشراء الدواء، وبمجرد رؤية الطفل للصيدلي الذي يرتدي مريولاً أبيض، بدأ الطفل بالبكاء. وبهذا نرى أن المثير المحايد استطاع استجرار الاستجابة الطبيعية.

2) الإشراط الإجرائي (Operant Condioning):

تركز هذه النظرية على ما يحدث بعد السلوك أي أن نتائج الاستجابة هي العامل المسيطر، والأحداث السابقة أو المقدمات هي مثيرات تتيح المعلومات حول النتائج، ويسمى هذا النوع من الإشراط بالإشراط الآلي. إذاً التغيرات التي تحدث في

سلوك الفرد إنما تحدث نتيجة لتبادلات في سلسلة من: المقدمات – الاستجابة – النتائج. فالنتيجة هي التي ستقرر فيما إذا كان هذا السلوك سيكرر وتسمى نتائج السلوك بالمعززات (Reinforcers)، أو المعاقبات (Punishers).

ويعتبر سكنر واضع أساسيات الإشراط الإجرائي، واعتبر أن معظم سلوكيات الإنسان إجراءات، وهذه السلوكيات تحكم عن طريق نتائجها، ويفسر بهذه النظرية السلوك الفردي والجمعي. ونورد المثال التالي: لاحظت المعلمة أن مشاركة سعيد (طالب في الصف الثالث، تعليم أساسي) في الأنشطة الصفية ضعيفة، وذلك بسبب خجله، ويفضل الصمت دائماً، وقررت المعلمة الاهتمام بسعيد، فراحت تكلفه بمهمات بسيطة فتشكره تارة وتطلب من الطلاب التصفيق له تارة أخرى، فلاحظت تغير سلوك سعيد ومشاركته بالأنشطة الصفية.

ويختلف الإشراط الكلاسيكي عن الإشراط الإجرائي في:

1. **موعد حدوث التعزيز:**

يحدث التعزيز في الإشراط الكلاسيكي قبل حدوث الاستجابة، في حين يأتي التعزيز في الإشراط الإجرائي بعد الاستجابة.

2. **دور المثيرات:**

لا يستدعي المثير الشرطي في الإشراط الكلاسيكي الاستجابة إلا إذا اقترن بمثير طبيعي لفترة من الوقت ولعدة مرات، أما في الإشراط الإجرائي فالمثير الذي يستدعي الاستجابة هو مثير طبيعي تم تعزيزه ولو بمحض الصدفة. إذا في الإشراط الإجرائي تنتج الاستجابة مثيرا، آما في الإشراط الكلاسيكي المثير فيعقبه مثير.

3. طبيعة التغيرات التي تحدث:

يتغير أثر المثيرات الحيادية التي لا تستدعي الاستجابة أصلا إلى مثيرات استجابية في الإشراط الكلاسيكي، وفي الإجرائي تتغير سرعة أو شدة أو معدل حدوث السلوك.

4. صفة السلوك والجهاز العصبي المرتبط به:

إن الاستجابة في الإشراط الكلاسيكي لا إرادية تمثل نوعا من الفعل المنعكس الشرطي البيولوجي أو النفسي، أما الاستجابة في الإشراط الإجرائي فإنها تحدث بفعل تأثير المعززات أو العقاب، فهي لا تخضع لسيطرة الجهاز العصبي الإرادي.

5. ما يتعلمه الكائن العضوي:

الإشراط الكلاسيكي يكسب الكائن انفعالات مختلفة كالخوف، والإشراط الإجرائي يكسبه سلوكيات هادفة، لذلك فهو اكثر فعالية في العلاج السلوكي. (عبد الرحمن، 1998)

3) التعلم الاجتماعي (Social Learning):

يشار إلى هذا النوع من التعلم في بعض الأحيان تعلم التقليد، أو التعلم بالملاحظة، أو النمذجة أو القدوة. وقد استفاد أصحاب نظريات التعلم الاجتماعي من دراسات الإشراط الكلاسيكي والإجرائي التي اهتمت بالعوامل الخارجية، ومن جهود أصحاب النظريات المعرفية (Cognitive)، الذين يركزون على الأحداث الداخلية والعمليات العقلية. فوجدوا أن التعلم يحدث نتيجة للتفاعلات المتبادلة بين كل من البيئة الداخلية والخارجية.

ويرجع الفضل الأكبر في تطوير نظرية التعلم الاجتماعي إلى باندورا، الذي يرى أن التعلم بالملاحظة يشتمل على أربع عمليات رئيسية هي:

- الانتباه Attention
- الحفظ Retention
- إعادة توليد السلوك Regeneration
- الدافعية Motivation

وتركز نظرية التعلم الاجتماعي على التعلم بالملاحظة باعتبارها تزود الفرد بطريقة السلوك في البيت والمجتمع. كما يتعلم الفرد بالنمذجة سلوكاً جديداً من خلال مراقبة الآخرين كنماذج يمكن أن تُقلد. وبما أن تفاعل الفرد مع البيئة يخضع لقواعد التعلم، وبالتالي إن شخصيته نتاج التعلم. فهذا يعني أن أنواع السلوك الشاذ أو غير المتكيف يتم تعلمها هي الأخرى، فشخصية الفرد تتكون من عاداته الإيجابية والسلبية، والعادات السلبية يتم تعلمها بنفس الطريقة التي يتم تعلم العادات الإيجابية، أي عن طريق تعزيزها. ويختلف السلوك الشاذ عن السلوك السوي لا في الطريقة التي يتم تعلمه بها وإنما في نظرة الملاحظ الخارجي. وبعبارة أخرى ونستطيع أن نصف السلوك غير السوي بأنه السلوك الذي لم يعد يجلب للفرد إشباعا أو أنه سيؤدي بالفرد إلى الاصطدام مع البيئة.

وأتت نظرية النمو الاجتماعي التي طرحها العالم الروسي فيجوتسكي (Vygotsky L.) (1896 – 1934) مكملة لنظرية باندورا، حيث طرح فيجوتسكي الموضوعات التالية:

- تلعب التفاعلات الاجتماعية دوراً رئيساً في النمو المعرفي للفرد.
- يُعتبر الوعي هو الناتج النهائي لعملية التنشئة الاجتماعية.
- يتحدد النمو المعرفي بمدى معين في كل مرحلة عمرية.
- تُعتبر الثقافة المحدد الرئيس لنمو وتطور الفرد، وهي تحدد كلاً من مستوى تفكيرنا وعملياته.
- تلعب اللغة دوراً حيوياً في النمو، فباللغة تتم العمليات العقلية الراقية.

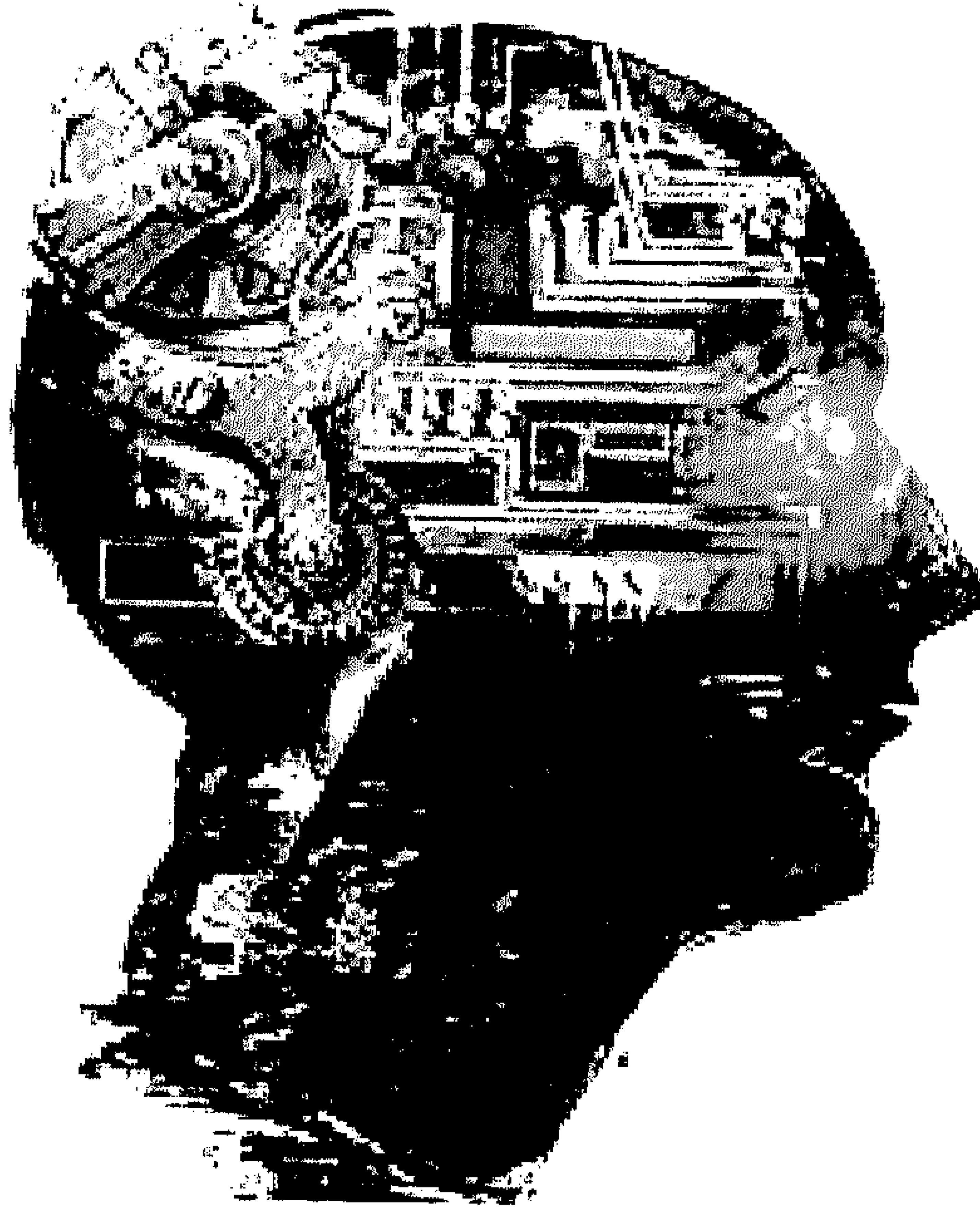
4) التعلم المعرفي:

جاء تعديل جديد للنظرية السلوكية على يد كلاين (Klein) الذي ادخل مفهوم التفكير واعتبر أن السلوك لا يتم بصوره آلية وإنما الإنسان يقوم بعملية هامة عند قيامه بسلوك ما تجاه أي مثير يتعامل معه، وهي عمليات التفكير، بحيث يقوم بادراك المثير ثم فهمه ثم انتقاء الاستجابة الملائمة له وهذا ما يميز السلوك الإنساني.

يذهب أصحاب النظرية المعرفية إلى أن الطفل في مخاوفه من بعض الحيوانات مثلاً إنما يأتي من فكرة خاطئة تتعلق بقدرة هذه الحيوانات من إيقاع الأذى به بصورة مبالغة عن قدرته على مواجهتها وتفادي الضرر الذي تحدثه. واستطاع إليس (Ellis) تطوير برنامج علاجي على أساس فكرة الشخص أو تصوره لتفسير الأحداث التي هي أساس أو أصل كل الاضطرابات العصابية.

5) التعلم المستند إلى الدماغ:

يعتقد علماء الأعصاب أن الدراسة المباشرة للدماغ هي الطريق الوحيد لفهم أسباب السلوك. والجهاز العصبي هو القاعدة الفيزيقية لعملية التعلم الانساني. كما أن الدماغ يتغير عبر دورة الحياة وفقاً لما يتعرض له الفرد من خبرات. وللخبرات الحسية في السنوات الأولى من عمر الطفل تأثير كبير في تطور الدماغ، ومن ثم في السلوك والتعلم.



إن التعلم المستند إلى الدماغ نظرية في التعلم تستند على الدماغ تركيباً ووظيفة، وإن هذا التعلم سيظل مستمراً طالما لم يُمنع الدماغ من أداء عملياته الطبيعية لسبب من الأسباب. "وغالباً ما يقال أن كل فرد قادر على التعلم، ولكن الأصح أن نقول: أن كل فرد يمارس عملية التعلم، نظراً لأن كل فرد يولد بدماغ يتعلم بالفطرة. إن التعليم التقليدي غالباً ما يقمع التعلم بعدم تشجيعه أو تجاهله، أو معاقبته عمليات التعلم الطبيعية للدماغ." (الريماوي والزعبي، 2004، 189)

إن هذا النوع من التعلم حديث ويتطور باستمرار بتطور البحوث التي تدرس الجهاز العصبي والدماغ ووظائفه. وأصبحت تطبيقاته تصل إلى مجال التعليم والتربية بشكل عام.

خامساً: أهداف الإرشاد والعلاج النفسي:

- توجيه الاهتمام نحو السلوك موضوع المشكلة.
- يقوم المرشد والمسترشد معا بإعداد أهداف يتفقان عليها في الإرشاد، وتتكون هذه الأهداف في ثلاث خطوات أساسية:

  - معاونة المسترشدين على النظر إلى مسؤولياتهم في صورة أهداف يمكن تحقيقها.
  - اعتبار هدف المسترشد في شكل قيود موقفية، مع إمكانية تكوين هدف تعليمي يمكن تحقيقه وقياسه.
  - تجزئة الهدف إلى أهداف نوعية صغيرة، وتنظم هذه الأهداف الفرعية الوسيطة في تسلسل مناسب.

- يهدف الإرشاد السلوكي إلى التخلص من المشكلات المحددة التي تتدخل أو تؤثر سلباً على أداء المسترشد. لذلك فهو لا يهدف إلى إعادة بناء أو تنظيم شخصية المسترشد وإنما يقوم المرشد السلوكي بإعداد طريقة الإرشاد بما يناسب مشكلة المسترشد. وبكلام آخر يتضمن الإرشاد السلوكي أهدافاً علاجية محددة وواضحة لكل فرد على حدة.
- يتخذ العلاج السلوكي الفرد محورا له، ولا نتحدث في الإرشاد السلوكي عن أهداف موحدة للعلاج، وبذلك فان الأهداف الإرشادية تعد خصيصا لكل فرد على أساس من مشكلاته (مشغولياته).
- التركيز على السلوك الموجود الآن، وعلى البيئة أو الظروف التي يحدث فيها، دون تكريس أو تخصيص وقت طويل لفهم طفولة المريض مع والديه أو مع أصدقائه، وان كان ذلك لا يمنع من التعرف على الماضي ولكن دون تركيز كبير عليه.
- يهتم المعالج النفسي الذي يستخدم هذا النوع من العلاج بتحديد أهداف واضحة يريد الوصول إليها في نهاية جلسات العلاج، فيحدد سلوك معين يأمل

المسترشد في التخلص منه مثل التخلص من الخوف من الأماكن المرتفعة أو اكتساب تصرف معين مثل تأكيد الذات.

- تكون الأهداف في الإرشاد السلوكي محددة في صورة ما سيفعله المسترشد وأين ستقع هذه الأفعال والتصرفات والى أي درجة ستتم هذه التصرفات، ووجود الأهداف بطريقة محددة وواضحة في هذا النوع من الإرشاد يساعد من ناحية أخرى على تقويم النتائج (Carlson.1967.p 189).

وهناك أربع خطوات يجب إتباعها لوضع الهدف والأسلوب الذي يتخذ لتحقيقه وهي:

- **تحديد المشكلة:**

عن طريق استخلاصها من المسترشد، وتحديد أين ومتى ومع من يقع السلوك غير الملائم، والأحداث التي تؤدي إليه، وهل تلاحظ في سياقه الواقعي.



- **التاريخ التطوري والاجتماعي للمسترشد:**

حيث إن تسجيل تاريخ المسترشد هام بالنسبة لتحديد مناطق النجاح والفشل في حياته ونواحي قوته وضعفه وأنماط العلاقات الشخصية وأنواع السلوك التوافقي والمناطق المشكلة، وكذلك أي أسباب عضوية وجسمانية.

وضع أهداف محددة للإرشاد: حيث يعمل السلوكيون في اتجاه واحد في الوقت الواحد، أي يتناولون مسألة بعينها حسب الأولوية في الاهتمام. إن أهداف الإرشاد يجب أن تتحدد في عبارات دقيقة وهي تختلف من فرد إلى آخر والهدف النهائي هو مساعدة العميل على تدبير أمره بحيث يستطيع التحكم في مصيره، فالمرشد والعميل يجب أن يتعاونا معا لوضع أهداف الإرشاد وما الذي يريدانه منه.

تحديد الوسائل والأساليب التي ستستخدم لتحقيق الأهداف: ومن المهم أن تكون الأساليب مرنة وغير جامدة، وقابلة للتعديل وفقاً لقدرات العميل والأهداف المرجوة. (حسن وآخرون،1981)

ويرى كرمبولتز أن هناك ثلاثة معايير ينبغي أن تتوفر في أهداف الإرشاد السلوكي:

- أن يكون الهدف مرغوبا من جانب المسترشد.
- أن يكون المرشد راغبا في مساعدة المسترشد على تحقيق الهدف.
- أن يكون من الممكن قياس الدرجة التي تحقق إليها الهدف. (الشناوي، 1994)

سادساً: خصائص الإرشاد السلوكي:

يتسم الإرشاد السلوكي بمجموعة من الخصائص التي تميزه عن غيره من نظريات الإرشاد النفسي، وهذه الخصائص هي:

1) التركيز على السلوك (الأعراض) أكثر من التركيز على أسباب مفترضة:

فقد كانت العلاجات التقليدية مثل مدرسة التحليل النفسي تبنى علاجاتها على أساس من الاقتناع بوجود أسباب تكمن في مراحل النمو المبكرة وان معرفة هذه الأسباب المولدة للأعراض التي يأتي بها المريض والقضاء عليها هو الأساس في العلاج النفسي. والمعالج في التحليل النفسي يقتنع بان هذه الأسباب مخزونة في اللاشعور، ولذلك فانه يعمل جاهدا لاستحضار ما في (اللاشعور) إلى حيز الشعور، وقد يستغرق ذلك منه سنوات. أما المعالجون (المرشدون) السلوكيون فيرون أن التركيز ينبغي أن ينصب على السلوك موضوع المشكلة (الأعراض) أكثر من البحث عن الأسباب الكامنة وراء السلوك، وان اهتمام المعالج يكون في تناول هذا السلوك أكثر مما هو في بحثه عن الأسباب أو محاولة القضاء عليها.

2) السلوكيات غير المتوافقة هي استجابات متعلمة:

تركز نظريات الإرشاد السلوكي أن الإنسان هو نتاج البيئة التي يعيش فيها؛ وبذلك فان قوانين التعلم التي يستفيد منها الإرشاد السلوكي تفسر لنا كيف تؤثر البيئة على الناس. ورغم الاختلاف بين السلوك المتوافق وغير المتوافق في تأثيرها على الأفراد، فان المعالجين السلوكيين ينظرون لكلا النوعين من السلوك على انهما مكتسبان بالتعلم ويخضعان لنفس القواعد. وقد بدأ المرشدون السلوكيون في الآونة الأخيرة بالاهتمام بالجوانب البيولوجية والعضوية لدى الفرد وما تحدثه من آثار مرتبطة بالسلوك الغير متوافق، وذلك أن بعض السلوكيات غير المتوافقة التي تعقب حدوث إصابة بالمخ لا يكون من السهل علينا أن نرجعها إلى

التعلم كما أن نظرية باندورا قد نادت بوجود تأثير من الشخص على البيئة، وبذلك أدخلت العمليات المعرفية في توليد الاستجابات.

3) فائدة قواعد التعلم في تعديل السلوك غير المتوافق:

لا ينظر الإرشاد السلوكي إلى الاستجابات غير المتوافقة على أنها ناشئة عن شخصية مضطربة ومن ثم فلن يكون هدف المرشد تسهيل عملية إعادة تنظيم أو إعادة بناء شخصية المسترشد وإنما يكون الهدف هو المساعدة على إزالة المشكلات النوعية التي تؤثر على أداء المسترشد. ويشترك في الإرشاد السلوكي المرشد والمسترشد في تحديد أهداف نوعية ومحددة للإرشاد.

4) يعد المرشد السلوكي طريقة العلاج بما يناسب مشكلة المسترشد:

إن المرشد السلوكي لا يلتزم بطريقة إرشادية واحدة وإنما يستخدم طرقا متنوعة، وهذا يتوقف على طبيعة المشكلة، فالخوف على سبيل المثال يمكن علاجه بالتخلص التدريجي من الحساسية أو باستخدام الغمر أو النماذج السلوكية أو العقاب أو التعزيز. ولهذا يقول المرشدون السلوكيون إنهم يقومون بتفصيل طرق الإرشاد لكل فرد على حدة بما يناسب ظروفه ومشكلته.

5) هنا – والآن:

لا يهتم المرشد السلوكي بالبحث في الماضي البعيد للمسترشد ... وإنما يهتم بصفة أكثر بما يحدث الآن (السلوك أو الأعراض) وكذلك في موقف الإرشاد، وذلك على عكس التحليل النفسي التي سادت كطريقة للعلاج في أوائل القرن العشرين والتي كان جل اهتمامها

أن تعمل على استحضار الخبرات التي حدثت للفرد في طفولته المبكرة من اللاشعور الذي كبتت فيه إلى الشعور والتعامل معها. فالإرشاد السلوكي يهتم إذن بالواقع الحالي للمسترشد، ماذا يحدث؟ والبيئة التي يحدث فيها السلوك. وان كان

ذلك لا يمنع من التطرق إلى الماضي في بعض الأحيان ولكن دون التركيز الشديد عليه.

6) الإرشاد السلوكي يقوم على أساس تجريبي:

يؤكد الإرشاد السلوكي على أهمية إتباع المنهج العلمي كأسلوب للحصول على النتائج التي تساعد على تحسين فنيات الإرشاد. وفي الإرشاد السلوكي فان المرشد يهتم عادة بتحديد خط البداية للسلوك الذي يتناوله كما يهتم بتقويم نتائج الإرشاد حتى يتسنى له إجراء المقارنات. (الشناوي والسيد، 1998، ص 30 – 24).

سابعاً: عملية الإرشاد السلوكي:

وتتم عملية الإرشاد النفسي في الإرشاد السلوكي وفق الخطوات التالية:

1) تحديد السلوك المستهدف:

الخطوة الأولى في أي برنامج إرشادي في تعديل السلوك هي تحديد السلوك المستهدف سواء كان مرغوب فيه أو غير مرغوب والمهم هو السلوك الذي يمكن ملاحظته ويجب الابتعاد عن السلوكيات التي يصعب ملاحظتها. ولتحديد نوع السلوك المستهدف يتعين تحديد حدوده بالشكل الذي يمكن قياسه والتعبير عنه بطريقة كمية أو رقمية باستخدام أنواع من أدوات القياس المعروفة مثل الملاحظة المباشرة والاختبارات وجمع البيانات والمعلومات، وكذلك تحديد أوقات حدوثها وعدد مرات حدوثها وطول أزمان حدوثها (الفتلاوي،2005، ص 266).

والسؤال الهام هنا هو من يحدد السلوك غير المرغوب؟

تعتبر الأسرة الجهة الأولى والأساسية في تحديد السلوك غير المرغوب، ولكن في بعض الأحوال يصعب ذلك. ولذلك تحتاج الأسرة إلى تدخل المتخصص في تحديد السلوك المضطرب حتى يمكن إيجاد التدخل المناسب، وبالتالي لا يمكن القول إننا يمكننا التخلي عن رأي الأسرة في تحديد السلوك، حيث يقوم تعديل السلوك على مشاركة أولياء الأمور في الخطة بأجزائها المختلفة بداية من تحديد السلوك وتعريفه حتى تقييمه ومتابعة خطوات التدخل والمساعدة على تحقيقها (الشيمي، 2009، ص 63).

2) تعريف السلوك المستهدف:

بعد تحديد السلوك المشكل والتعرف على طبيعته وقوته لا بد من الاتفاق مع الفرد أو أولياء الأمور لاتخاذ قرار رسمي حول إمكانية التعديل وكيفياته لتنفيذ عملية التعديل المطلوب

وهناك شروط حددها بيرادين (1990) بالاتي:

- يجب أن يصاغ السلوك المراد تحقيقه بعبارات سلوكية إجرائية قابلة للقياس ومحددة.
- أن يكون السلوك قابلا للتحقيق من قبل الفرد أي أن يتلاءم مع قدرات الفرد الذاتية، فلا يكون صعبا يولد الشكوى والتذمر ولا يكون سهلا وهينا يولد الشعور بالإهمال والتهاون وعدم الجدية بالتنفيذ. وفي كلتا الحالتين تتعرقل عملية التعديل. لذلك يجب مراعاة أن يكون السلوك هدفا عمليا وقابلا للتحقيق وتبدو أهمية تحديد السلوك النهائي من اجل مقارنة السلوك المستهدف مع السلوك غير المرغوب من بداية الخطة العلاجية وذلك من أجل تقييم فعالية تلك العملية وبيان مدى نجاحها أو فشلها.
- ان يكون السلوك متصفا بالموضوعية والشمولية.

- تحديد معايير وشروط السلوك النهائي، أي تحديد كافة الشروط والمعايير والتغيرات التي تؤدي إلى تغير وتعديل السلوك من حيث الكم والنوع والكيف لتسيير معايير وشروط قياسه (الفتلاوي،2005، ص 275).

وبالتالي فإن التعريف الدقيق يساعدنا على الكثير من الأمور التي تتوقف على دقة التعريف مثل:

- تحديد الأسلوب الأمثل في التعامل مع السلوك المستهدف
- إن تحديد السلوك المستهدف بصورة قاطعة يحدد معيار قياس نتائج الخطة العلاجية.
- يساعد التعريف الدقيق على معرفة الأسباب التي تؤدي لظهور هذا السلوك وبالتالي يمكن لواضع الخطة العلاجية من وضع بدائل لهذا السلوك تحقق لدى الفرد النتائج التي يرغب بها، ولكن بسلوك ايجابي تقبله الأسرة والمحيطون به (الشيمي،2009، ص66).

3) تصميم خطة تعديل السلوك:

إن أولى خطوات تصميم الخطة الإرشادية هي صياغة الأهداف السلوكية منها، وهناك خصائص يجب أن يتميز بها الهدف منها أن يكون الهدف واضحا ومحددا وقابلا للقياس وموقوتا بمدة زمنية معينة. والخطوة الثانية في تصميم الخطة الإرشادية هو تحديد نقاط القوة لدى الفرد والمهارات التي يمكن استخدامها في التعديل، بالإضافة إلى المعززات ذات الأهمية بالنسبة للفرد بحيث تكون مدعما له في تعديل السلوك والتعاون مع إجراءات التعديل (الشيمي،2009، ص 73).

4) تنفيذ الخطة الإرشادية:

بعد تجهيز وإعداد الخطة وتصميمها بناء على الخطوات السابقة تأتي مرحلة تنفيذ الخطة الإرشادية ويستوجب نجاح عملية التنفيذ ما يلي:

- أن يتم الاتفاق بين جميع الأفراد والجهات التي تتعامل مع الفرد حول مضمون الخطة وعلى طريقة تنفيذها في المراحل المختلفة.
- أهمية المرونة عند تنفيذها والقيام بالتغييرات المناسبة في الخطة عند الضرورة.
- ينبغي تنبيه الفرد دائما إلى التقدم الذي يحرزه ليكون ذلك دعما للفرد إلى جانب عوامل الدعم الأخرى (الشيمي،2009، ص 73).

5) تقييم فاعلية الإرشاد:

وهي المرحلة التي يتم فيها الوقوف على ما يتم تحقيقه في الخطة التعديلية ولابد أن يكون التقييم بشكل دائم وخلال تنفيذ الخطة بصورة دورية بحيث لا يكون في نهاية التنفيذ فنخسر فرصة التعديل أثناء التنفيذ، بمعنى أخر أن يتم التقييم مرحليا فنرى مدى تحقيق كل مرحلة للهدف المطلوب منها طبقا للمعايير التي تم وضعها للحكم على تحققها من عدمه. (الشيمي،2009، ص 73).

6) متابعة الحالة:

بعد عملية تعديل السلوك فليس من المنطقي ترك المتابعة بشكل نهائي بغد انتهاء عملية تعديل السلوك وتحقيق النتائج المرجوة، فلا بد من المتابعة الدورية وذلك:

- لملاحظة سلوك المتعلم المرغوب في المواقف المختلفة.
- لتكوين خلاصة عامة بما وصل إليه السلوك المرغوب.

- لتحديد مدى إفادة المتعلم من عملية تعديل السلوك على المدى البعيد إذ أن كشف كفاءتها أو جدارتها يتوقف على ما تحقق من سلوك وبشكل متكامل مع شخصية المتعلم بنائيا ووظيفيا.
- لتفسير وتحليل المعلومات الخاصة بنتائج قياس السلوك النهائي للمتعلم.
- لتفسير وتحليل البيانات والمعلومات الخاصة بنتائج تقويم فعالية خطة تعديل السلوك. (الفتلاوي،2005، ص 403)

ثامناً: النظرة السلوكية للاضطراب النفسي:

يرى انصار الإرشاد السلوكي أن الاضطرابات النفسية تكتسب بنفس الطريقة التي تكتسب بها السلوكيات السوية، أي بفضل سياق التعلم الذي يعتمد على مبادئ الإشراط والتعلم معا. وهم يرون أن بالإمكان فهم السلوكيات غير السوية كافة، ومن ثم تحويلها باستثناء تلك الناجمة عن أسباب عضوية، من خلال التركيز على السلوك، لا على الشخصية ككل. أي يفترض الإرشاد السلوكي أن السلوكيات المضطربة تكون مكتسبة إلى حد بعيد عن طريق التعلم بنفس الطريقة التي يتعلم بها الفرد أي سلوك آخر. غير أن الإرشاد السلوكي قد اهتم في الأونة الأخيرة بالجوانب البيولوجية والعضوية لدى الفرد وما تحدثه من آثار ترتبط بالسلوك غير التوافقي. فالإرشاد السلوكي لا ينظر إلى الاستجابات غير المتوافقة على أنها ناشئة عن شخصية مضطربة، لذلك فهو لا يهدف إلى إعادة بناء أو تنظيم شخصية المسترشد وإنما يهدف إلى التخلص من المشكلات المحددة التي تتدخل أو تؤثر سلباً على أداء المسترشد.

ويوجد عدة محكات لا بد من مراعاتها للحكم على الاضطراب السلوكي:

- **شدة وتكرار السلوك:**

من المحددات الأساسية التي ينبغي أخذها بالاعتبار عند الحكم على سلوك ما بأنه مضطرب درجة شدة وتكرار هذا السلوك، فسلوك الطفل يعتبر انحرافا عن المعايير المقبولة إذا بلغ حد التطرف أو الإفراط.

قادرا على استدعاء استجابة الخوف، مع انه في طبيعته لا يثير مثل هذا الشعور. وعندما ينسى الفرد هذه العلاقة نجده يشعر بالخوف عندما يعرض له الموضوع الذي يقوم بدور المثير الشرطي ولما كان هذا الموضوع لا يثير الخوف بطبيعته فان الفرد يستشعر هذا الخوف المبهم الذي هو القلق. وقد استطاع واطسون أبرز رواد المدرسة السلوكية أن يصنع خوفا لدى الطفل "البرت" الذي كان يبلغ من العمر احد عشر شهرا، وقد كان تعود اللعب مع احد حيوانات التجربة، ثم شرط واطسون رؤية الطفل لهذا الحيوان بمثير مخيف في أصله وهو سماع صوت عال ومفاجئ. وبعد حدوث الاشراط أصبح الطفل يخاف من الحيوان الذي كان يلعب معه ويسر برؤيته من قبل.

ويعتبر الحيوان في هذه التجربة بمثابة الموضوعات المثيرة للقلق عند الراشدين علماً أنها كانت موضوعات محايدة في أصلها ولكنها ارتبطت بموضوعات مثيرة للخوف مع تعرض رابطة الاشتراط إلى النسيان (الكفافي، 1999، ص 272).

ويرى أصحاب هذه النظرية إن الفرد يتعلم القلق من والديه عن طريق التقليد حيث يرى سوليفان (Sullivan.1953) أن الأبوين ينقلان إلى أبنائهما القلق التي يعانون منها، وأن الأم القلقة وهي ترضع طفلها سرعان ما تدرك أن الطفل تظهر لديه علامات القلق وكان الرضيع يتناغم عاطفيا مع والدته. وإذا استمرت هذه التفاعلات بين الأم والطفل في مواقف مختلفة فان الطفل تتكون لديه حالة القلق. (الزعبي، 2005، ص 48).

4) المخاوف المرضية:

تعتبر المخاوف المرضية من الأعصبة المكتسبة لدى ولبي. وللخوف المرضي العديد من الأعراض مثل الشعور بالقلق والتوتر الشديد والشعور بالنقص وتوقع الشر وشدة الحذر والحرص والاندفاع وسوء التصرف والسلوك والإغماء وخفقان القلب وتصبب العرق والتبول اللاإرادي أحيانا. وهذه الأعراض بالطبع تختلف

حسب شكل الخوف المرضي وموضوعه وشدته وما يتركه من اثر في حياة الفرد الشخصية والعملية.

يعتبر جماعة المدرسة السلوكية أن الخوف المرضي عبارة عن استجابة متعلمة (مكتسبة) يتم تعلمها من طريق عملية الاشراط، وبذلك فان المريض يخاف من بعض الظروف التي اقترنت – زمنيا – بالمثير الأصلي وخاصة في مرحلة الطفولة، ونتيجة لهذا الارتباط يكتسب المثير غير الطبيعي – الشرطي – صفات المثير الطبيعي غير الشرطي.

ونورد هنا بعض الأشكال للخوف المرضي:

- الخوف المرضي من الحشد والجماهير Oclophobia.
- الخوف من الأصوات Acousticophopia
- الخوف من المرتفعات Acrophobia
- الخوف من الأماكن الفارغة Cenophopia
- الخوف من الطعام Cibophopia
- الخوف من الأحياء المجهرية Bacillophopia (الزراد نقلا عن ولبي،2005، ص 48)

5) **الوسواس القهري:**

هو احد الأمراض العصابية (النفسية)التي تتميز أنها متكررة وتتسلط على صاحبها برغم معرفته أنها غير صحيحة ولا واقعية ويحاول مقاومتها والتخلص منها ولكن دون جدوى فتفرض نفسها عليه ويضطر للاستجابة عليها.

يعتقد أصحاب المدرسة السلوكية أن الوسواس القهري يظهر مثيرا شرطيا للقلق نتيجة لارتباطه بمثير غير شرطي مثير لهذا القلق. فالسلوك القهري يتكون عندما يكتشف الفرد أن سلوكا معينا من شانه أن يخفف القلق المرتبط بالفكر

الوسواسي، وتخفيف القلق هذا يعزز السلوك القهري ويصبح نمطا سلوكيا متعلما.



يتميز اضطراب الوسواس القهري بوجود أفكار، ومخاوف تسبب قلق للمريض، ويخفف من القلق تكرار تصرفات مثل غسيل الأيدي

وقد يظهر السلوك الوسواسي القهري عند الطفل على شكل تقليد لسلوك الوالدين أو الكبار المرضى بالوسواس القهري، كما أن أساليب التنشئة الخاطئة والتربية الصارمة والتي تقوم على النهي والقمع للسلوك والعقاب المتكرر يمكن أن تؤدي إلى ظهور أعراض الوسواس القهري لدى الطفل. كما أن توقعات الوالدين المتشددة يمكن أن تسهم في ظهور الوسواس القهري عندهم، فالآباء المتشددون هم أنفسهم جامدون كما يبدون قليلو الاحتمال لجوانب الضعف وعدم الاتساق لدى الطفل، وقد يكونون معزولين اجتماعيا. (الزعبي،2005، ص 60 – 61).

6) الفصام:

لا يتعامل المعالج السلوكي مع المرض وإنما مع الأنماط السلوكية التي تصف المرض وتشرحه وتسهم في تطوره، وعلاج الفصام في ضوء ذلك يعني تعديل أو علاج أنواع معينة من السلوك التي أدت إلى تشخيص مريض معين بالفصام، ولهذا نجد أن من احد المطالب الرئيسة للعلاج السلوكي عند البدء في أي برنامج علاجي في مجال الفصام هو أن نحدد بالضبط السلوك الذي نرغب في التخلص منه، والشائع الآن النظر إلى الفصام على أنه مفهوم يجمع بين عناصر سلوكية تشمل

وجود (هلاوس، هواجس، اضطرابات في الانتباه، ضعف في عمليات الترابط، اضطراب في السلوك الحسي – الحركي، القلق، الانسحاب الاجتماعي)، وهكذا نجد أن العلاج السلوكي يتطلب التركيز على علاج أنواع المشكلات السلوكية لدى الفصاميين (ابراهيم،1994، ص 445).

تاسعاً: الأساليب والتقنيات المستخدمة في الإرشاد السلوكي:

بعد تحديد أهداف الإرشاد بين كل من المرشد والمسترشد، فان عليهما أن يقرروا أفضل الأساليب التعليمية أو الإرشادية التي تستخدم لمساعدة المسترشد لتحقيق التغير السلوكي المرغوب. وأهم الأساليب التطبيقية المستخدمة هي:

1) الاسترخاء Relaxation:

الاسترخاء استجابة تعتمد على مبدأ فيزيولوجي وهو انه بالاسترخاء التصاعدي للعضلات تتلاشى آثار النشاط الذهني شيئا فشيئا كما تتلاشى الاضطرابات الانفعالية. ويرى الزراد أن يقدم الاسترخاء مصاحبا للعلاج بطريقة الكف بالنقيض وذلك بوضع المريض في حالة الاسترخاء على أن تقدم له في هذه الأثناء المثيرات التي أدت إلى قلقه أو خوفه المرضي. ويرجع الفضل في استخدام الاسترخاء للتخلص من حالات التوتر والانفعالات إلى العالم جاكبسون (Jacobson) الذي استخدم طريقة الاسترخاء التصاعدي (الزراد،221,2005). حيث ظهرت له مجموعة من الكتب والدراسات كان أبرزها عن الاسترخاء التصاعدي المتدرج. والبرنامج الذي يعتمده جاكبسون برنامج مطول ويحتاج إلى الوقت والجهد ،أما البرنامج المستخدم في التحصين المنظم فهو محدود ولا يتجاوز السبع جلسات مقارنة مع برنامج جاكبسون الشامل. حيث أن المعالج في العلاج السلوكي يركز اهتمامه على مجموعة خاصة من العضلات، مثلا عضلات اليد اليسرى ومقدمة الذراع، ويعطى المريض التعليمات كي يشد عضلاته وتساعده على تحقيق الاسترخاء بشكل تدريجي، ويبقى مستمرا في ملاحظة هذه المشاعر

والأحاسيس. ومن المسلم به أنه بعد محاولات تدريب عدة يحقق المريض بعض التحكم الرمزي في هذه المجموعة من العضلات بالطريقة نفسها حتى يتمكن المريض من تحقيق الاسترخاء لمعظم عضلات جسمه.

يقابل المعالج المريض عادة ويتفق معه على فترات التدريب، التي تقسم أيضا إلى أقسام فرعية داخل كل جلسة علاجية. وقد تبين أن تقسيم جلسة المريض تؤدي إلى راحة المريض وعدم إرهاقه، ويمكن للمعالج أن يحدد هذه الفترات وذلك حسب حاجة المريض وحالته واستجابته للعلاج. وبصورة عامة لا يوجد هناك قواعد منتظمة ودقيقة، وما يهم المعالج هو المرونة فقد يواجه المعالج بعض الصعوبات بالنسبة لبعض المرضى حيث يكون هؤلاء بطيئي الوصول إلى المستوى المطلوب من الاسترخاء، وبشكل عام يجد معظم الأفراد سهولة في الوصول إلى الاسترخاء المطلوب، وذلك بفضل التدريب المستمر وتكرار التدريب في المنزل. ومعظم المعالجين يقومون بتدريب المريض على الاسترخاء من اجل نقل هذه الخبرة الاسترخائية إلى مواقف الحياة اليومية حيث تصادفه مواقف مقلقة أو موترة. وكما اشرنا إلى أن هذا الاتجاه يعتمد على تقنيات جاكبسون في الاسترخاء التصاعدي كما يعتمد على عملية توليد الأفكار بواسطة الإيحاء الذاتي. وعملية الاسترخاء هذه تعتبر من أهم ركائز العلاج السلوكي وطريقة الكف بالنقيض التي نحن في صددها، ويسبق عادة تمارين الإيضاحات أو التعليمات عن كيفية عمل الاسترخاء في الحالات العلاجية، ذلك لان مثل هذه الإيضاحات والتعليمات تقلل من استفسارات المرضى عن سيطرته أو عن ضبطه لحالة الاسترخاء نتيجة لعامل معين، والواقع أن مثل هذه الأمور غالبا ما تزول بعد فترة من التدريب، وان معظم المرضى يبدي تمتعه بحالة الاسترخاء التام. وإن مثل هذه التوضيحات للمريض تؤكد له أهمية الاسترخاء في إزالة القلق.



ويرى المعالجون النفسانيون ضرورة مراعاة شروط البيئة بحيث تسمح بإجراء عملية استرخاء مفيدة، كأن تكون غرفة العلاج هادئة وبعيدة عن كل ما يزعج أو يقطع عملية الاسترخاء، مع تأمين الراحة والتهوية اللازمتين، ومن الضروري أن يكون الكرسي الذي يجلس عليه المريض مريحا وغير مرتفع كثيرا بحيث يسمح للمريض أن يستلقي بشكل مريح، ويفضل أن يكون مرتفع قليلا، ويدرب المريض حوالي (6 – 10) مقابلات ويخصص لكل مقابلة (20 – 30) دقيقة ويطلب من المريض عمل تدريبات في المنزل يوميا، أو في مكتبه، ويمكن الاستعانة بكاسيت مسجل عليه تعليمات الاسترخاء، إلى أن تتشكل لدى المريض في النهاية عادات الاسترخاء من خلال تكرار التدريبات. ويذكر الحجار في كتابه "فن العلاج في الطب النفسي السلوكي" أن هناك مبادئ عامة لتحقيق الاسترخاء المفيد والمهارة في تعلم الاسترخاء، ومن بينها:

1. اختيار الكلمات المناسبة في التوجيه، مثل (اترك) أو (دع) عضلاتك مسترخية وليس (اجعل) أو(حاول) لان هذه الكلمات الأخيرة تدل على الجهد والتوتر بينما الكلمات الأولى تدل على الاستجابات الإرادية.

2. يجب على المعالج عرض عملية الاسترخاء ببطء وإيقاع في بداية التعلم التدريبي، وعدم الإسراع في عرض الكلمات الإيحائية – الاسترخائية مع فواصل زمنية.
3. مراعاة الفروق الفردية في تقنية الاسترخاء، وتفسير هذه الخبرة وأهدافها وفوائدها.
4. الابتعاد عن السلبية وتجنب التضخيمات والصور السلبية مثلا(أنت مسترخ براحة وتشعر بالثقل).
5. إدراك علامات التوتر: يجب على المعالج ملاحظة علائم التوتر عند المريض، فالسعال والحركة غالبا ما تكون مظاهر لتبديل الأسلوب أو للاستعلام عن صعوبة المواجهة.
6. على المريض في نهاية كل جلسة علاجية أن يحصل على التغذية الراجعة حيث يتكلم المعالج مع المريض عن مشاعره وردود أفعاله، والمقاومات النفسية التي ظهرت خلال الجلسة، وحسب التغذية الراجعة يمكن أن يعدل المعالج طريقة العلاج.
7. يجب تنبيه المريض إلى أهمية بقائه يقظا وواعيا خلال الاسترخاء، وخاصة أثناء ترخيم المعالج لصوته ليكون موحيا بالهدوء ، فان بعض الحالات للنوم أثناء الاسترخاء هي وسيلة لتجنب الاسترخاء (للتوسع، الزراد، 2005، ص121 – 126).

يتمثل منهج الاسترخاء في تعليم المرضى الاسترخاء والإيحاء الذاتي وتركيز الانتباه وتنمية الخيال، والقدرة على السيطرة على العمليات العقلية اللاإرادية بهدف رفع نشاط المريض. وهناك مرحلتان متمايزتان للتدريب الذاتي على الاسترخاء:

- المرحلة الأولى: التدريب على الاسترخاء والإحساس الذاتي بالوزن والحرارة والبرودة، مما يبين للمريض أنه قادر على تنظيم وظائفه الداخلية.
- المرحلة الثانية: تحقيق الحالات التنويمية بمستوياتها المختلفة.

وهناك ثلاثة عوامل هامة يجب ذكرها والتركيز عليها أثناء التدريب على الاسترخاء كما ذكرها "بيتل" (Peatle)، وهي تحدد مدى الاستفادة من هذه التدريبات في مواجهة المشكلات الانفعالية التي يعاني منها بعض أفراد المجتمع كلقلق وضغط الدم والضغوط النفسية المختلفة، وهي:

1. الدافعية:

بمعنى أن يوجد لدى الفرد دافعية واستعداد للحصول على الاسترخاء، وتعلم وسائل الاسترخاء وطرائقه، فكلما كان لدى الفرد رغبة وتقبل هذا النوع من التدريب فإن النتائج تكون أفضل بالمقارنة مع شخص ليس لديه الدافعية والاستعداد لذلك النوع من التدريب مثل الأفراد الذين يعانون درجة مرتفعة من الاكتئاب النفسي.

2. الفهم:

يجب أن يفهم الفرد الأسباب التي دفعته للقيام بهذه التمارين، والفائدة المرجوة منها، والفلسفة التي تقوم عليها .

3. الالتزام:

يجب أن يلتزم الفرد بالاستمرار بممارسة التمارين، ويجب أن يحدد الفترة الزمنية للقيام بهذه التمارين يومياً أو أسبوعيا وبشكل دوري ومستمر.

يبدو من هذا العرض أن الاسترخاء العضلي عبارة عن: توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر.

وثمة مجموعة من الشروط الواجب إتباعها لكل من يود ممارسة الاسترخاء العضلي، وأهم هذه الشروط هي:

1. أن يقوم المرشد أو المعالج بتنبيه المفحوص أن الاسترخاء العضلي ما هو إلاّ طريقة من طرق خفض التوتر النفسي لديه.
2. أن يوضح للمتعالج انه مقبل على تعلم خبرة جديدة لمهارة لا تختلف عن أية مهارة سابقة يكون تعلمها في حياته مثل قيادة السيارة أو ركوب الدراجة.
3. ينصح المرشد أو المعالج للمفحوص أو المريض أن تكون أفكاره كلها مركزة في لحظة ممارسة التدريب على العضو المراد التحكم به، وذلك لتعميق الإحساس به.
4. يوضح المرشد أو المعالج للمفحوص أو المريض أن استماعه بدقة لتعليمات المرشد ستساعده على زيادة قدرته على الاسترخاء.فذا كان المفحوص من أولئك الذين يعانون من الصداع النصفي ذو المنشأ النفسي، فيمكن تدريبه على استرخاء عضلات مؤخرة الرقبة والجبهة. أما إذا كان يعاني من ضيق في التنفس ن فيمكن تدريبه على إرخاء عضلات الصدر والرقبة.

ويختلف الاسترخاء عن الهدوء الظاهري أو حتى النوم، لأنه ليس من النادر أن تجد شخصاً ما يرقد على أريكته أو سريره لساعات معدودة، لكنه لا يكف مع ذلك عن إبداء جميع العلامات الدالة على الاضطراب العضوي والحركي، مثل:عدم الاستقرار الحركي، والتقلب المستمر، والذهن المشحون بالأفكار والصراعات. وإذا كان الاضطراب الانفعالي يؤدي إلى إثارة التوتر العضلي فإنّ من الثابت أيضاً أنّ إثارة التوتر العضلي تجعل الشخص متحفزاً للانفعال السريع في الاتجاه الملائم لهذه التوترات، فرسم الغضب على الوجه يجعل الشخص سريع الاستجابة للمواقف الاجتماعية بالغضب مثلاً.

ومن الثابت أنّ الاضطرابات النفسية تحدث اضطرابات عضلية في أجهزة الجسم المختلفة، كما أنّه من الثابت أنّ هناك بعض الأشكال من الاضطرابات الانفعالية تزيد من استثارة بعض أعضاء الجسم دون غيرها. ويطلق العلماء على هذا النوع من بحوث التوتر اسم " نوعية التوترات " فعلى سبيل المثال أنّ هناك بعض الأفراد تتركز استجاباتهم للقلق والانفعال في شكل توترات عضلية خاصة ونوعية (أي في بعض أجزاء الجسم) وليس في الجسم كلّه، مثل عضلات الأطراف وعضلات الجبهة وعضلات الساقين. أما الأشخاص الذين يعانون من الصداع النصفي ذو المنشأ النفسي فإن آلامهم تتمركز في عضلات الجبهة والرأس إلى ما هنالك من الاضطرابات العضلية المصاحبة للأمراض النفسية والانفعالية.(العاسمي، 2007، ص 171).

2) الكف بالنقيض:

إن الفكرة الأساسية التي يعتمد عليها هذا التكنيك أنه في حالة القلق أو الخوف كثيرا ما نجد المريض يعاني من اضطرابات تتعلق بمخاوف مقلقة، ويتكون لدى المريض شعور بالخوف نحو مثير معين وأساسي والى جانب هذا المثير نجده يخاف أو يقلق من بعض المثيرات الثانوية الأخرى المشابهة أو المرتبطة بشكل ما بالمثير.

وتتضمن طريقة الكف بالنقيض مبادئ نفسية أهمها:

1. التشخيص:

وهو أول خطوة لتحديد المرض ونوعه وتحديد الاسلوب المناسب للمشكلة لإضعاف الرابطة بين المثير والاستجابة وإزالة الحساسية الانفعالية والتقليل منها وبالتالي يؤدي ذلك إلى انطفاء تدريجي لقوة الفعل المنعكس الشرطي وتكوين استجابة مضادة سوية. ويستخدم المعالج السلوكي في مرحلة التشخيص أساليب

وفنيات علاجية تتفق مع طبيعة المشكلة كمعرفة تاريخ الحالة ومعرفة استجابة المريض لاختبارات القلق وغيرها.

2. التحصين:

وهدفها تخليص المريض عن طريق الاسترخاء العضلي والفكري التام من الحساسية الانفعالية وإلغائها تماما وذلك بتقديم المعالج سلسلة من المثيرات المتدرجة تبدأ بمثيرات ضعيفة ثم قوية حتى يألف المريض هذه المثيرات ويبدأ في تكوين استجابة مضادة بعد أن يتمكن المريض من التخلص من السلوك غير المرغوب فيه وعاد إلى حالته الطبيعية التي تتسم بالاتزان والسواء.

3. التطمين التدريجي:

ومعناه بث الطمأنينة في نفسية المريض بطريقة تدريجية وتشجيعية دائما لمواجهة مواقف القلق والتوتر والخوف ومساعدته على تقليل الحساسية الانفعالية أو إلغائها تماما بحيث يتم تحييد مشاعر المريض نحوها وبهذا التطمين التدريجي تزول الاستجابة المريضة وتبدأ استجابة معارضة للقلق في التكوين والبروز ومن المهم اقتران العلاج بالتعزيز لان اقتران التعزيز مع ظهور المثير وتكرار هذا الاقتران يساعد الشخص على التخلص من الحساسية الانفعالية ويبددا في اكتساب استجابة جديدة مضادة ومرغوب بها بدلا من الاستجابة المرضية التي أراد المعالج تخليص المريض منها (مدن، 2008، ص 186).

3) التدريب التوكيدي (Assertive Training):

يستخدم مع أنواع القلق التي تنشا خلال التعامل المباشر مع الآخرين، والتدريب التوكيدي محاولة لدفع المسترشد للتعبير عن مشاعره أمام الآخرين. ويعمل المرشد أولاً على أن يدفع المسترشد إلى السلوك التوكيدي خلال المقابلة، وذلك بالتعبير عن مشاعره تجاه المرشد، وفي هذه المرحلة يستخدم المرشد التعزيز

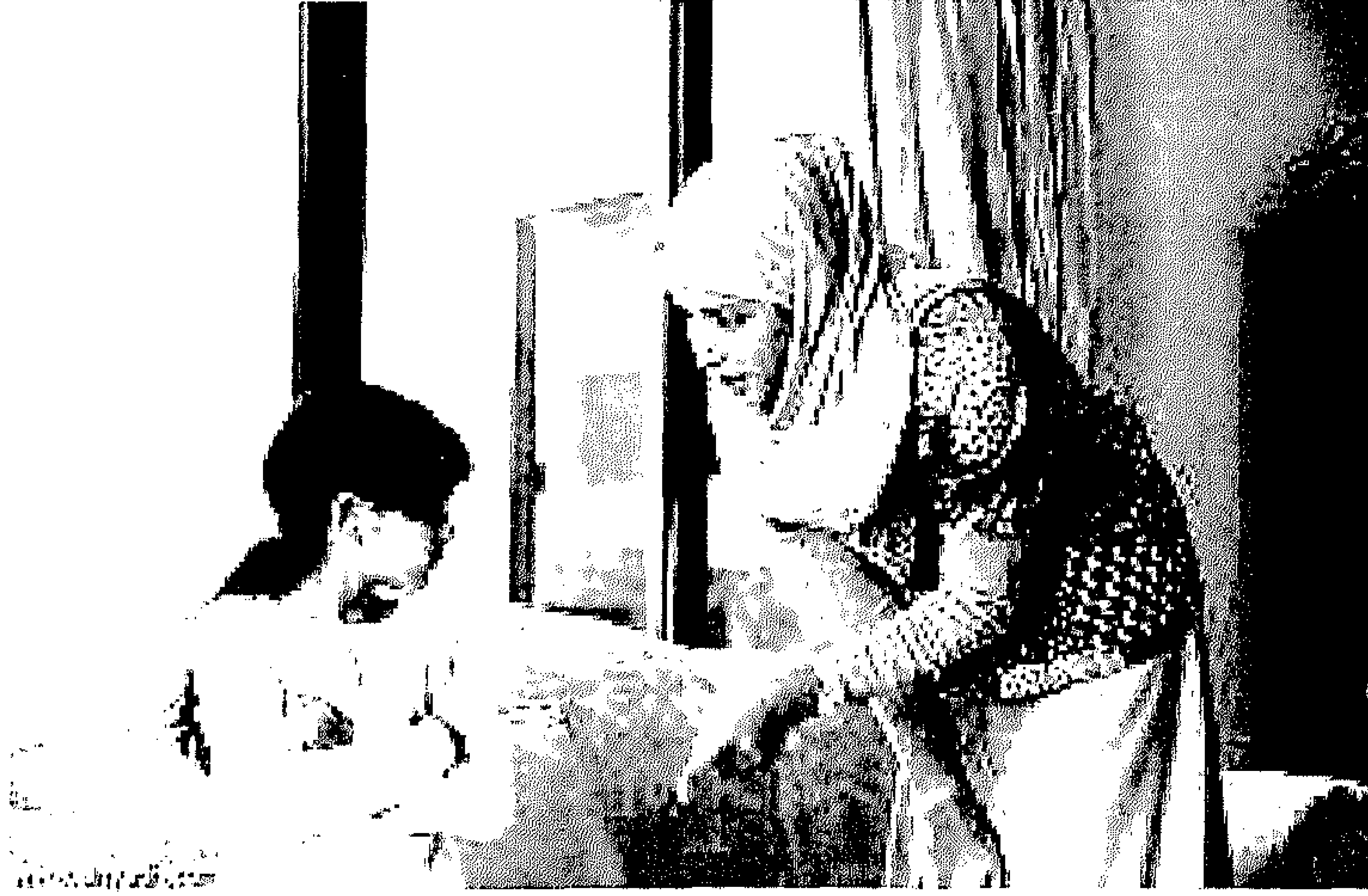
الفعال والانطفاء والتشكيل لتنمية السلوك التوكيدي المطلوب. وما أن يتم ذلك حتى يطلب من المسترشد أن يحاول نفس الاستجابات خارج نطاق جلسات الإرشاد، والقاعدة المستخدمة هنا هي التطويع (Conditioning).

4) الإزالة التدريجية للحساسية (Systematic Desensitization):

يستعمل هذا الأسلوب بشكل عام لتخفيض استجابات القلق غير التكيفية وغير المرغوبة عند المسترشد وإزالتها. تستفيد هذه التقنية من الترتيب الهرمي المتدرج للمواقف المسببة للقلق وكذلك من تقنية الاسترخاء. فالتحليل العميق لسلوك العميل يكوّن لنا الترتيب الهرمي، وبعد ذلك ندرب المسترشد على استرخاء العضلات العميق، ثم نطلب من المسترشد وهو في حالة الاسترخاء أن يتصور أقل المواقف إثارة للقلق، أي أدنى درجات السلم الهرمي، وما أن يستطيع وضع نفسه في الموقف دون قلق حتى نقدم له الفقرة التالية في السلم. وهكذا نتدرج به حتى يصل إلى تصور نفسه في أشد المواقف إثارة للقلق والفزع دون أن يحس بالقلق. وجوهر تلك العملية هو وضع استجابتين في مواجهة بعضهما بعضاً. ولما كان القلق لا يتفق مع استرخاء العضلات فإنه يزول.

5) التعزيز (Reinforce):

وهذه التقنية تشبه الإزالة التدريجية للحساسية، ويتضمن تعزيز استجابة معينة بحيث تحجب أو تسد الطريق أمام ظهور الاستجابة غير المرغوب فيها. فالتعزيز هو العملية التي بموجبها يكتسب المثير أو الحدث قوة تزيد من احتمالية تكرار السلوك الذي يليه. وهناك التعزيز الايجابي والتعزيز السلبي، فالتعزيز الايجابي مثير مرغوب يتبع السلوك ويزيد من احتمال تكراره، كالمديح أو المكافأة التي تقدم للطفل بعد أداء عمل جيد. أما التعزيز السلبي فهو انهاء أو سحب مثير غير مرغوب بعد القيام بالسلوك. فإغلاق النوافذ هروباً من الضجة هو تعزيز سلبي.



6) التشكيل (Shaping):

وهو تعديل السلوك عن طريق التعزيز، فإذا كان السلوك المرغوب موجودا من قبل فإننا نستخدم التعزيز الإيجابي المباشر في الموقف الإرشادي، ويعمد المرشد على صياغة عالم المسترشد الواقعي بحيث يتلقى تعزيزا إيجابيا على ممارسته ذلك السلوك. أما إذا كان السلوك المرغوب غير موجود أصلا لدى المسترشد فإن المرشد يعمل على تعزيز اقرب أنواع السلوك الموجودة إلى السلوك المرغوب وبالتدريج وعن طريق التمييز نستطيع ايجاد السلوك المرغوب.

7) الانطفاء أو الإخماد (Extinction):

إذا كان التشكيل هو زيادة تكرار السلوك فان الإخماد هو عملية إنقاص تكرار حدوث سلوك معين عن طريق منع أي تعزيز إيجابي أو سلبي وتجاهل هذا السلوك.

8) التعلم بالمحاكاة:

وتلقى هذه التقنية حاليا اهتماما واسعا من المرشدين السلوكيين. وتتضمن تقديم نموذج سلوكي للعميل يمكن الاقتداء به ويمكن التوحد معه بسهولة. ويعتمد ذلك على أربعة أشياء هي: الانتباه، الحفظ، استعادة الحركات، والهدف.

وأهم هذه الأهداف: السيطرة على البيئة، الكفاءة، المهارات التطبيقية، حرية التصرف، تلقي الحب والقبول من الآخرين.

وهناك ثلاثة أساليب لتقديم النموذج السلوكي: الأفلام، أشرطة التسجيل، والنماذج الحية.

9) التعاقد (Contractimg):

وهو أحد التطورات الحديثة في الإرشاد السلوكي خاصة مع ظهور برامج تنمية ذات. ويقوم على فكرة انه من المفيد للعميل أن يحدد بنفسه التغير السلوكي المرغوب، ويتم بالتفاهم بين الطرفين يحصل بمقتضاه كل منهما على شيء من الآخر مقابل ما يعطيه له.

وهذا الأسلوب هو امتداد لمبادئ التعلم حيث انه إجراء يتعزز بموجبه سلوك معين، وهذا التعزيز يحدث بشكل مادي ملموس أو مكافأة اجتماعية.

ويجب أن تتوافر بعض الصفات في العقود مثل: توقع واضح النتائج، تحديد السلوك المطلوب وأجزاؤه والنتائج المترتبة عليها، نظام التحكيم، الشروط الجزائية، وضع أهداف قابلة للتحقيق. (حسن وآخرون، 1981)

عاشراً: تقويم النظرية:

ايجابيات النظرية:

1. الدقة في تحديد التقنيات والأساليب الإرشادية المستخدمة في الإرشاد السلوكي.
2. تزود طريقة الإرشاد السلوكي المسترشد بمعلومات قوية عن مستوى تقدمه وما يحققه من نجاح في العلاج.
3. تتيح للمسترشد الفرصة للتعامل مع الجوانب الذاتية للسلوك غير المتوافق.
4. فعالية هذه النظرية بخصوص علاج القلق والمخاوف والاضطرابات الجنسية وحالات الأرق والسمنة والإدمان الكحولي وبعض المشاكل الأخرى.
5. انه اقل تكلفة وأسرع من أشكال الإرشاد الأخرى.
6. الاعتماد على الأبحاث التجريبية والمخبرية
7. تعطي المرشد فرصة النقل من موقف الإرشاد إلى موقف الحياة.
8. تعطي طريقة الإرشاد السلوكي للمرشد دورا واضح المعالم.
9. تمد المرشد بمستوى عال من الثقة بالنفس.
10. تشجع المرشد على أن ينتبه للتلميحات غير اللفظية من جانب المسترشد.
11. تزود المرشد بقاعدة واضحة لفهم سلوك المسترشد بعد الإرشاد، وبالتالي تزيد من مستوى ثقته في المرات التالية إذا واجه نفس الأعراض.
12. التأكيد على العلاقة الوثيقة بين الفرد وبيئته.
13. تعتبر النظرية السلوكية أن الإنسان ذو طبيعة محايدة من حيث الخير والشر، وأن هذا يخضع لظروف البيئة التي يعيش فيها الإنسان.
14. إن السلوك السوي والسلوك الشاذ عند الإنسان، هو سلوك متعلم خاضع للبيئة المحيطة. وفي هذا تأكيد على دور العملية التربوية في تعديل سلوك الأفراد من خلال المؤسسات التربوية المتعددة وخاصة الأسرة والمدرسة.

سلبيات النظرية:

1. لا تأخذ ماضي الفرد بالاعتبار.
2. تفتقر إلى تحديد واضح للأهداف.
3. اختزال الإنسان إلى ما يشبه الآلة، وبالتالي التقليل من فرص الابتكارية أمام المسترشد.
4. قد تمهد هذه الطريقة لحدوث إشراط تنفيري عند المسترشد.
5. قد تكون هناك فرص بأن يتأثر المرشد بإشراط تنفيري من الإرشاد السلوكي نفسه.
6. تعالج الأعراض الاضطرابية بطريقة بسيطة تهمل انعكاساتها والمشاكل الكامنة وراءها.
7. إن إعطاء المرشد الدور الكبير في عملية العلاج يعرض المعالج غير المتمرس لتقديم نماذج وأساليب خاطئة.
8. تركيزالنظرية على السلوك الإنساني الملحوظ وإغفالها للأفكار والمشاعر والتي تشكل جزءاً هاما من الشخصية.
9. إن مبادئ الإشراط غير ملائمة لتوضيح الكم الهائل من السلوك الإنساني.
10. إن علاج الأعراض فقط قد يؤدي إلى ظهور أعراض أخرى لأن البيئة الداخلية لم تتغير.
11. تقلل هذه النظرية من دور العلاقة العلاجية ويتجاهل قيمة فهم الذات في عملية التغيير.
12. إن كثيراً من نظريات التعلم بنت مفاهيمها وقواعدها على أساس من تجارب على الحيوانات في المختبر، ولا شك أن التعميم المباشر للإنسان أمر يحتاج إلى وقفة لان الإنسان مخلوق له خصوصيته.
13. النظرة للسلوك الإنساني على انه نتاج البيئة وليس للفرد دور في هذا السلوك، وهذا لا يتفق مع كون الإنسان مسؤول عن سلوكه.

14. إهمال جوانب أساسية من حياة الإنسان النفسية وفي مقدمتها الجوانب المعرفية والانفعالية.
15. توجه طريقة الإرشاد السلوكي المسترشد نحو أقل مواجهة للعالم.
16. لا توفر هذه الطريقة الخبرة والظروف المناسبة.

وأخيراً نشير هنا إلى أن نظرية واحدة لا تكفي لفهم الإنسان ومعالجة مشاكله، سواء أكانت النظرية السلوكية أم غيرها، لأن الإنسان ليس وليد الحاضر فقط وإنما يتأثر بماضيه وبأفكاره التي يؤمن بها، والنظرية السلوكية تغفل ماضي الإنسان ومشاعره، وهذه تعتبر ثغرة لا يمكن تجاهلها. ولكن تبقى النظرية السلوكية مفيدة ومناسبة للبيئة المدرسية.



الفصل الرابع

نظرية الجشطالت

Gestalt Theory

- مدخل.
- تطور نظرية الجشطالت.
- القضايا الأساسية في النظرية.
- أهم مفاهيم النظرية.
- أهداف الإرشاد الجشطالتي.
- عملية الإرشاد النفسي.
- النظرة للاضطراب النفسي.
- أساليب الإرشاد الجشطالتي.
- تقويم النظرية.

الفصل الرابع
نظرية الجشطالت
Gestalt Theory

أولاً: مدخل:

تعد نظرية الجشطالت واحدة من النظريات التي ظهرت كرد فعل على الروح الميكانيكية التي سادت الفكر السيكولوجي في أوائل القرن العشرين التي تمثلت في المقام الأول في النظرية السلوكية، ونظرية التحليل النفسي، ومثل سائر المدارس الجديدة استبعدت نظرية الجشطالت بعض المسائل القديمة في علم النفس ومهدت السبل لمسائل جديدة. حيث انصب اهتمامها أولاً وقبل كل شيء على كلية وانتظام النفس البشرية في وحدتها وترابطها حيث إن الكل سابق الوجود على الأجزاء التي تكوّنه، وهو أكبر من مجموع هذه الأجزاء في الوقت نفسه.

نشأت مدرسة الجشطالت في ألمانيا، واستخدمت كلمة جشطالت صيحة لها. وجشطالت كلمة ألمانية عامة معناها شكل Shape أو صورة Form أو صيغة Patern، كما يقابلها أيضاً بالعربية: الكل، النمط، الهيئة، النموذج، البنية، النظام. وعلماء النفس الجشطالتيون يسمون أحيانا بفلاسفة الشكل. وبعد أن واجه العلماء صعوبة في ترجمتها بدقة إلى اللغات، لذا أبقوا عليها كما هي في الأصل الألماني. وانطلقت هذه النظرية في دراستها من موضوع الإدراك الذي ظل المسألة المركزية في علم نفس الجشطالت، والميدان الذي حققت فيه أعظم كشوفها. والجشطالت بصورة عامة كل مترابط الأجزاء باتساق وانتظام، وهو نظام تكون فيه الأجزاء المكونة له، مترابطة ترابطاً ديناميكياً فيما بينها وبين الشكل الذي ينتمي إليه.

وقد أسهمت نظرية الإرشاد الجشطالتي إسهاما كبيراً في عملية الإرشاد النفسي، وهناك عدة تقنيات مستخدمة في النظرية للإرشاد، كما أن للمرشد في العلاج الجشطالتي دوراً مميزاً يختلف عنه في أنظمة الإرشاد النفسي وقد لقيت هذه النظرية العديد من الانتقادات.

ثانياً: تطور نظرية العلاج الجشطالتي:

نشأت هذه النظرية في ألمانيا وازدهرت فيها خلال العشرينات وأوائل الثلاثينات في القرن العشرين. ولدت هذه النظرية عام 1912، مع مقالة ماكس فرتهايمر (1880 – 1943) عن الحركة الظاهرة، وترتبط نظرية الجشطالت باسم كورت ليفين (K. Lewin) وفرتهايمر (Wertheimer) وكوفكا (Koffa) وكوهلر (Kohler). ويعتبر بيرلز (1893 – 1970) (Perls F.) مؤسس ومطور هذه النظرية. ولد في برلين وتعلم فيها، وحصل على درجة علمية في الطب M.D من جامعة فريدريك ويلهم 1920.

درس بيرلز في برلين وفي فيينا في معهد التحليل النفسي، وتدرب كمحلل نفسي على يد ريتش (W. Reich)، ولقد تعرّف وتأثر بعدد من المحللين المشهورين من بينهم: كارين هورني (Horny) وآدلر(Adler)، وعرف وتأثر بعدد من "علماء النفس الجشتالتيين منهم: ولفجانج (wolfgang) وكوهلر (Kohler)، ليفين (Lewin). وفي عام 1926 عمل مساعدا لجلب (Gelb) وجولدستين (Goldstein) في معهد جولدستين للمرضى الذين يعانون من إصابات بالدماغ في فرانكفورت بألمانيا.

وبعد قيام الحكم النازي في ألمانيا هاجر مؤسسو الجشطالت إلى الولايات المتحدة الأمريكية، وساعد هذا على نشر مبادئ الجشطالت باللغة الانكليزية وأصبحت هذه النظرية من النظريات البارزة في علم النفس في أواخر الثلاثينات والأربعينات من القرن العشرين. وقد أثرت هذه النظرية في أعمال ودراسات عدد غير

قليل من علماء النفس المشهورين. وذهب بيرلز إلى جنوب أفريقيا عام 1934، وانشأ هناك معهد جنوب أفريقيا للتحليل النفسي في عام 1935، وقابل هناك جون سمتس (Jon Smuts) الذي صاغ مصطلح (الكلية) Holism في كتابه (الكلي والنشوء) الذي ألفه عام 1926.

وبعد وفاة سمتس ترك بيرلز جنوب أفريقيا إلى الولايات المتحدة (1946)، وفي نيويورك تقابل مع جودمان (Goodman) وقد اشترك معه بيرلز وزوجته في إنشاء معهد نيويورك للعلاج الجشطالتي في عام 1954، وبقي هناك حتى عام 1969، وعندما نزح إلى جزيرة فانكوفر في كولومبيا البريطانية، وبينما كان يحاول أن ينشئ جماعة جشطالتية وافاه الأجل في آذار 1970. ومن أهم مؤلفات بيرلز:

- كتاب "الأنا، الجوع والعدوان"، وطبع لأول مرة في جنوب أفريقيا عام 1942، ثم طبع في إنجلترا عام 1947 مع إضافة عنوان فرعي له هو: "مراجعة نظرية فرويد وطريقته".
- وقد حملت الطبعة الأمريكية عام 1947 عنوانا فرعيا هو: "بداية العلاج الجشطالتي".
- وكتاب "العلاج الجشطالتي" عام 1951.
- وكتاب "حرفية العلاج الكلي" نشره عام 1969.
- وقرب موعد موته كان بيرلز يعمل في كتابين: الأول كان مخصصا للنظرية، والثاني للتطبيق.

ونشير هنا إلى أن بيرلز قد اعتبر أن كتابيه "الأنا، الجوع والعدوان"، والعلاج الجشتالطي، قد أصبحا قديمين ويصعب قراءتهما، وانصرف اهتمامه في ذلك الوقت إلى الجانب العملي والتكنيك، وأراد بيرلز أن يقدم شرحا للنظرية يكون أكثر وضوحا وحداثة. وبعد موته قام روبرت سبيتزر (Spitzer) المحرر بمؤسسة الكتب العلمية والسلوكية – وكان موضع ثقة بيرلز – بطباعة بعض

كتبه. حيث اشتمل كتاب "الطريقة الكلية: شاهد عيان للنظرية" عام 1973 على (114) صفحة من المادة النظرية، و(88) صفحة عبارة عن اقتباسات من أشرطة مسجلة مع بعض التعليقات.

وعقب موت بيرلز كانت هناك فورة من النشاط، وفيض من المطبوعات عن كتاباته، وكانت هناك مجلة ومجموعة من المقالات والأوراق العلمية، وبعض منها كان قد طبع من قبل. ولكن ليس بين كل ذلك كتاب رئيسي شامل ومنظم ليسد حاجة الدارسين إلى الحصول على فهم ملائم للعلاج الكلي. وقد نتج عن ذلك عن قصد أو عن غير قصد شعور عام بأن الطريقة الوحيدة لفهم العلاج الكلي أن تخبره أو تمارسه، وأن تتدرب على هذا الأسلوب من خلال المعاهد والورش العلمية. (باترسون، 1992)، (الشناوي، 1994).

ثالثاً: القضايا الرئيسية في النظرية:

1) الإدراك أساس التعلم:

يرى علماء الجشطالت أنه إذا ما أردنا أن نفهم لماذا يقوم الكائن بالسلوك الذي يسلكه فلا بد لنا أن نفهم كيف يدرك هذا الإنسان نفسه. والموقف الذي يجد نفسه فيه. ومن هنا كان الإدراك من القضايا الأساسية في التحليل الجشطالتي بمختلف أشكاله، والواقع أن التعلم ينطوي على رؤية الأشياء أو إدراكها كما هي على حقيقتها، كما أن التعلم في صورته النموذجية عملية انتقال من موقف غامض لا معنى له، أو موقف لا ندري كنهه، إلى حالة يصبح معها ما كان غير معروف أو غير مفهوم أمراً واضحاً ويعبر عن معنى ما ويمكن فهمه والتكيف معه. فالأساس في التعلم الفهم والاستبصار والإدراك، لذا يهاجم علماء النفس الغشتالتيون الاستظهار والحفظ دون معنى والارتباط والمحاولة والخطأ والاشراط ويفضلون عليها الأثر التعلمي الأكثر عطاء والأقرب إلى الحياة المتمثل في تأكيدهم على الاستبصار.

كما يعني التعلم عملية اكتشاف للبيئة وللذات وإدراك ما هو حاسم في أي موقف من المواقف، أو معرفة كيف تترابط الأشياء والتعرف على البينة الداخلية للشيء الذي على المرء أن يتعامل معه. وإذا لم تكن المشكلة التي تعرض علينا ذات معنى أي إذا كانت بنيتها الداخلية تبدو مبهمة علينا أو إذا ما بدت لنا خليطاً غير منتظم من الارتباطات الاعتباطية، فإن إدراكنا لهذه المادة سيظل غير منظم وباهت وغير متميز. والشيء الذي نتعلمه يتواجد أولاً في الإدراك قبل أن ينتقل إلى الذاكرة، ومن هنا فإن فهم ما في الذاكرة يتطلب فهم المدخلات الأساسية التي يبنى عليها التعلم. وإذا لم ندرك الشيء في المقام الأول فمن الواضح أننا لن نستطيع أن نتذكر أي شيء عنه، أما كيف ندرك شيئاً ما فهو الأمر الذي يؤثر تأثيراً مباشراً في كيفية ترميزه في الذاكرة لا بد أن يكون قد قدم بشكل محسوس أو مدرك أو معروف. فالإدراك يحدد التعلم (جابر، 1976).

2) الكل أكبر من مجموع الأجزاء المكونة له:

إن القضية الأساسية في النظرية الجشطالتية هي قضية الاهتمام والتناقض بين ما يسمى الكليات التي تساوي تماماً المجموع الكلي للأجزاء المكونة لها وتتجاوزه. حيث يرى الجشطالتيون أن معظم الكليات العقلية هي أكثر من مجرد مجموع أجزائها، فالمثلث ليس مجرد مجموع ثلاثة خطوط مستقيمة وثلاث زوايا مناسبة ولكن المثلث هو مجموع هذه العناصر الستة مضافاً إليها عنصر سابع ألا وهو الصيغة الجشطالتية أو الصيغة الشكلية للمثلث، واللحن الموسيقي ليس مجرد المجموع الكلي للنغمات التي تكونه بل هو مجموع أجزائه مضافاً إليها الصيغة الجشطالتية.

3) الشكل والخلفية:

لقد اهتم علماء الجشطالت بالطريقة التي تبرز بها الأشكال ككليات متميزة منفصلة عن الخلفية التي تظهر هذه الأشكال قبلها، ولقد عبر هؤلاء العلماء عن اهتمامهم هذا في مفهومهم عن الخلفية، فالصورة في أي إدراك هي الشكل (جشطالت)، وهي الكل الذي يبرز والشيء الذي ندرك، أما الخلفية فهي الأرضية غير المتمايزة التي تبرز فيها الصورة. فحينما ننظر إلى شخص يقف على الرصيف، ننتبه إليه أكثر من الرصيف الذي يشكل أرضية بالنسبة للشخص، بينما الشخص هو الشكل، فالشكل أكثر جذباً للانتباه وهو أصغر حجماً من الأرضية وأكثر كثافة وأكثر بروزاً من الأرضية التي تحيط بالشكل.

4) إعادة التنظيم:

ترفض النظرية الجشطالتية وجهات النظر التي تعد التعلم عملية آلية غير واعية. وفي رأي هذه النظرية، فإن وجهات النظر هذه ترسم صورة غير واقعية للتعلم الحقيقي. فالتعلم الحقيقي ينطوي على الفهم وليس على الاشراط أو تكوين ارتباطات اعتباطية إنه قائم على استبصار العلاقات الداخلية لما يراد تعلمه وتعيين خصائص المواقف التي تجد الكائنات الحية نفسها فيها عن طريق إعادة تنظيم هذه المواقف بشكل تؤدي هذه الإعادة في التنظيم إلى إدراك العلاقة بين عناصر الموقف أو المجال أو العلاقة بين الوسائل والغايات. وإعادة التنظيم تعني استبعاد التفاصيل التي لا جدوى منها، وإظهار المشكلة على حقيقتها بصورة أكثر وضوحا. والوصول إلى إعادة التنظيم الذي يعد لب عملية التعلم يكون عن طريق الاستبصار الذي هو العملية المفاجئة أو اللمعان الخاطف الذي يحدث في الذهن. وهكذا فإن التعلم غالباً ما ينطوي على تغيير إدراكنا الأولي للموقف المشكل وإعادة تنظيم ذلك الإدراك حتى نحقق النجاح.

وقد ذكر كوهلر (Kohler) في إحدى ندواته كيف أن أحد القردة أخذ يده وقاده إلى المكان الذي يقع تحت الموزة المعلقة ثم استخدمه كسلم وقفز من على كتفيه وخطف الموزة وقفز ثانية على الأرض. وهذا يدل على أن إعادة تنظيم الموقف تؤدي إلى الفهم الذي هو أساس التعلم، أما التطبيق الآلي للقواعد النظرية دون اعتبار لملامح الموقف الهامة يمكن أن يؤدي إلى سلوك يتسم بالغباء. وينتقل الفهم عند الإنسان من موقف إلى مواقف أخرى ويؤدي إلى اكتشاف مبدأ عام وإمكان تطبيقه في أي موقف مناسب، بحيث لا يكون قاصراً على الموقف الذي جرى تعلمه فيه فحسب. كما أن المواد التي يتم تعلمها عن طريق الفهم تظل رصيداً للمتعلم يوظفه في التعامل مع المشكلات المتشابهة في أي موقف كان. (منصور، 2001، 355)

5) التبصر والاستبصار:



إن قوة نظرية الجشطالت تتجلى بصورة رئيسية في إيضاحها لظاهرة التبصر وعلاقتها بتكوين المفاهيم. فبحسب هذه النظرية يتحدد التعلم بالنمط أو الشكل أو الجشطالت. والمجال الإدراكي يتغير بحسب إعادة تنظيمه أو ظهور أنماط جديدة من المثيرات، وهكذا فإن تغيير الأنماط يمكن أن ينتهي بتعلم جديد بما في

ذلك الشعور المفاجئ بفكرة ما أو الحصول على حل مفاجئ يسميه الجشطالتيون التبصر. إن فكرة التبصر تميز التعلم بشكل عام وتعلم الإنسان بشكل خاص لأن وضعيته الإدراكية أرقى مما هو لدى الحيوان.

6) الإغلاق أو الإكمال:

الإغلاق نزوة في النفس البشرية لإتمام الأشياء الناقصة، ويستخدم الجشطالتيون مصطلح الإغلاق ليصفوا إكمال النفس لنمط غير كامل، وهكذا فإذا كان مخططاً لبيت أو لوجه بشري أو للعبة كرة القدم وينقصه جزء من الأجزاء فإن النفس تغلقه وذلك بإضافة الجزء الناقص وبذلك تكون النفس قد أكملت نمطاً من أنماط الفكر ونظمت الوضع تنظيماً مناسباً.

ويرى الجشطالتيون أن الثغرة في المدرك حالة من التوتر غير المتوازن تقوم العمليات الدماغية بإغلاقها للعودة إلى حالة التوازن، وينص قانون الإغلاق على أن المساحات المغلقة أكثر استعداداً لتكوين الوحدات. (منصور، 2001)

رابعاً: أهم مفاهيم نظرية الجشطالت:

1) الغرائز:

لقد أشار بيرلز إلى غريزة ضرورية للمحافظة على بقاء الفرد وهي غريزة الجوع، حيث تمر هذه الغريزة بمجموعة مراحل هي ما قبل الولادة، وما قبل ظهور الأسنان، ومرحلة القضم، ومرحلة الطحن. وترتبط هذه المراحل بالخصائص النفسية، فترتبط مرحلة ما قبل ظهور الأسنان بعدم الصبر ومرحلة القضم بالعدوان ومرحلة الطحن بالتمثل.

والأفراد لا يمكنهم إدراك بيئتهم والاستجابة لها كلها في نفس الوقت وإنما فقط يحدث ذلك بالنسبة لجانب واحد من البيئة وهو الشكل.

2) العدوان والدفاع:

العدوان لا يمثل غريزة ولا طاقة رغم أنه وظيفة بيولوجية وهو وسيلة يستخدمها الفرد لمواجهة المقاومة التي تقف في طريق إشباع حاجاته ويماثل العدوان قضم الطعام لإشباع حاجة الجوع. ويرى بيرلز أن البشر أصبحوا منفذين وضحايا لكميات كبيرة من العدوان الجمعي المحرر من داخلهم. والحل لمشكلة العدوان هو الإعلاء في صورة رياضات عنيفة أو أعمال يدوية.

أما الدفاع: فهو نشاط غريزي للمحافظة على الذات، والدفاعات قد تكون آلية أو ديناميية أو إفرازية أو حسية.

3) الواقع:

الكائن في تفاعل مستمر مع بيئته من أجل سعيه إلى الاتزان ولا يكون مستقبلا سلبيا إنما هو منظم نشيط لإدراكه. وهناك عالم موضوعي يشتق منه الفرد عالمه الذاتي، والواقع الذي يهمنا هو واقع الميول أي الواقع الخارجي حيث أننا نختار أجزاء من العالم المطلق تبعا لميولنا ومن خلال هذه الميول فإن البيئة تنظم من شكل وخلفية.

4) التكوين الكلي:

ترى مدرسة الجشطالت أن الإنسان هو كائن متحد يؤدي وظائفه ككل منسق وليس هناك الشخص الذي له عقل وجسد وروح وإنما الشخص هو كائن كلي يشعر ويفكر ويتصرف وحتى لو أخذنا جانب الانفعالات في الإنسان سنجد فيها جانبا عقليا يتصل بالتفكير وجانبا سلوكيا وجانبا من المشاعر. فالجسم والعقل والروح هي جوانب من الكائن ككل.

5) القاعدة الثنائية للتوازن:

تأتي الثنائيات نتيجة التمايز عن نقطة الصفر التي تحدد عدم التمايز وإذا بقينا يقظين في المركز يمكننا أن نكتسب قدرة عالية على رؤية كلا الطرفين لأي حدث أو صورة كاملة لنصف غير مكتمل. ويتفرع عن المفهوم العام للمتقابلات مفهوم الاتزان الذي يمثل ميل كل كائن للوصول إلى الاتزان ويواجه الكائن في كل لحظة بعوامل تجعل هذا الاتزان مضطرباً ويعض هذه العوامل خارجية أما بعضها الآخر فهو داخلي وينشأ ميل لدى الفرد لاستعادة التوازن ويؤدي إشباع الحاجة إلى خفض التوتر واستعادة التوازن.

إن الوعي بالحاجة يصبح الشكل مع وجود خلفية له، أما الحاجة غير المشبعة فإنها تمثل جشطالت غير كاملة، والحاجة المسيطرة تصبح الشكل على حين تتراجع الحاجات الأخرى مؤقتا لتصبح الخلفية.

6) حدود الاتصال:

إن الكائن والبيئة يوجدان في علاقة متبادلة ونقطة التفاعل بين الفرد والبيئة تمثل حدود الاتصال، وتعتبر أفكارنا وأفعالنا وسلوكنا وعواطفنا وسيلة لمعايشة الأحداث الخاصة بالحدود.

وإن الأشياء والأشخاص في البيئة التي توفر إشباعا للحاجات تمثل جوانب إيجابية للطاقة النفسية بينما التي تعطل أو تهدد الإشباع فإنها تلقى طاقة نفسية سالبة ويبحث الفرد عن الاتصال من النوع الأول على حين ينسحب من النوع الثاني.

7) الأنا:

يرى بيرلز أن "الأنا" ليس غريزة وليس مادة ذات حدود وإنما الحدود ونقاط الاتصال هما اللذان يكونان "الأنا". وهو الوعي بالذات والوعي بما ليس من الذات. ويربط "الأنا" تصرفات الكائن بحاجاته، إنه يتطابق مع الكائن وحاجاته ويغرب

نفسه عن الحاجات أو المطالب الأخرى التي يعاديها. فإذا كان جائعا فإن الطعام يأتي في مقدمة الجشطالت، وإذا كان الطعام لا يمكن الحصول عليه إلا بالسرقة، والشخص يفضل الموت على السرقة، فالأنا تستبعد الحصول على الطعام بالسرقة.

8) التقدير:

هو العملية التي يكتشف فيها الفرد ذاته، فالطفل يقول لوالديه "أُنظر إلي" عند ما يلعب، والتقدير الذاتي للطفل يؤدي به إلى تنمية شعوره بذاته وتقدير لوجوده الشخصي.

9) مدى الملاءمة (الاستحسان):

يُنمي الاستحسان صورة الذات والتي تشير إلى الذات القائمة على معايير خارجية، وبدلا من عبارة الطفل الأولى: أُنظر إلي، فالطفل يقول الآن: ألم أفعل ذلك بصورة جيدة؟ (باترسون، 1992)، (الشناوي، 1994).

خامساً: أهداف الإرشاد حسب هذه النظرية:

- الهدف الأول:

جعل المسترشد يكتشف انه يستطيع أن يعمل أشياء كثيرة (ايجابية) وبذلك تتم مساعدة المسترشدين على تحقيق قوتهم الذاتية وإمكانياتهم الخاصة، وتسهيل تحرك المسترشد من الاعتماد على البيئة وتلقي المساندة منها إلى الاعتماد على الذات، وكذلك مساعدته على النمو والنضج وأن يتحرك نحو تحقيق الذات. وهذا الهدف كما لاحظ بيرلز لا يتحقق بسهولة حيث يقول: إن قليلاً من الناس هم الذين يذهبون للعلاج طلباً للشفاء وإنما هم يأتون ليحسنوا حالة الأعصاب لديهم، وعادة فإن المسترشدين يحاولون دفع المعالج إلى مساندتهم بنفس الطريقة التي تعلموا بها أن يدفعوا الآخرين، وبالتالي يجب أن يكون هدف العلاج هو أن نجعل

المريض لا يعتمد على الآخرين، وأن نجعله يكتشف منذ اللحظة الأولى في الإرشاد أنه يستطيع أن يعمل أشياء كثيرة (إيجابية) أكثر مما يعتقد أنه بوسعه أن يعمله، وبذلك يصبح من أهم الأشياء للمعالج الجشطالتي هو مساعدة المسترشدين على تحقيق قوتهم الذاتية وإمكانياتهم الخاصة بتنظيم الذات.

- **الهدف الثاني:**

المساعدة على النضج وتكامل الشخصية، تكامل الشخصية، حيث أن بعض الأفراد يأتون إلى العلاج في صورة غير مكتملة، ولأنه يكون عليهم أن يبقوا على صورة الذات المفروضة عليهم من خارجهم، فإنهم يقسمون أنفسهم إلى أجزاء عن طريق الإسقاطات والانثناءات والازدرادات، فيكون هدف الإرشاد هنا هو إعادة توحيد وإدماج الأجزاء المنفصلة.

- **الهدف الثالث:**

مساعدة المسترشدين على تحمل المسؤولية عن تصرفاتهم وقراراتهم واستجاباتهم وعن الأجزاء والجوانب المبعدة من الذات، وحين نجد أن هؤلاء الأفراد صاروا يتقبلون المسؤولية عن الجوانب المبعدة والمتجزئة من ذواتهم، فإنهم يكونون متجهين نحو تحقيق التكامل في شخصياتهم.

- **الهدف الرابع:**

يتمثل بالوعي حيث يحتاج التحرك من مساندة البيئة إلى المساندة الذاتية من داخل الفرد نفسه إلى تحقيق الوعي بالحاجات والوعي بالأجزاء المنفصلة عن الذات. ويعتبر بيرلز أن الوعي بحد ذاته شافيا. وعندما يكون الأفراد واعين فأنهم يقومون بالأداء تبعا للقاعدة الصحيحة للجشطالت. واستعادة الوعي يعتبر هدفاً هاماً للمرشد.

وهذه هي أهم أهداف الإرشاد الجشطالتي ويغض النظر عن نوع المشكلة التي يأتي بها المسترشد، فإن المرشد سوف يسعى إلى تحقيق الأهداف السابقة في الإرشاد. وهذه الأهداف تتشابك وتتداخل مع بعضها، وإحراز التقدم في أي هدف منها يؤثر إيجابياً في تحقيق باقي الأهداف. فعندما يبدأ الفرد في تحمل المسؤولية يصبح واعياً بالسلوكيات التي يسأل عنها، وفي أثناء تقبله للمسؤولية فإن الأجزاء المنقسمة من ذاته تبدأ في التكامل والاندماج مع بعضها، وتعود إلى الشخص وتنقل الجشطالتات المفتوحة أو غير المكتملة، وبالتالي تتوفر كمية أكبر من الطاقة لتدخل في تنظيم الذات، ولا يقتصر الأمر على تشابك وتداخل هذه الأهداف وإنما أيضاً نلمس اتساع مداها وعموميتها. (جابر، 1976).

سادساً: عملية الإرشاد النفسي في هذه النظرية:

يأتي المسترشد للإرشاد لأنه يمر بأزمة تتصل بوجوده وكيانه نتيجة لعدم إشباع حاجاته النفسية، ويحضر معه بعض التوقعات محاولاً أن يجعل البيئة تقوم بالعمل نيابة عنه، وبذلك فإنه ينتظر من المرشد أن يقدم مساندة بيئية وهو يفعل كل ما يمكنه ويستخدم اللطف والطيب في محاولة لجعل المرشد يقوم بهذا الدور.

ورغم أن الإرشاد الجشطالتي يوفر للمسترشد الاهتمام الكامل، فإنه لا يقدم له كل ما يتوقعه مثل الإجابات التي يرى المسترشد أنها ضرورية أو التقدير. وبذلك فعلى الرغم من أن المسترشد يحصل على بعض الإشباع فإنه يصاب بالإحباط. ولا يهتم الإرشاد الجشطالتي بالأسباب الكامنة وراء سلوك المريض والتي تشتق من ماضي المسترشد ومن اللاشعور والأحلام، والتي يمكن أن تؤدي إلى إسقاط المسؤولية. ويركز الإرشاد الجشطالتي على الخصائص الحالية لسلوك المسترشد الذي لا يكون واعياً به، وعدم الوعي لا يقتصر على المواد المكبوتة فقط. وإنما يشمل أيضاً المواد التي لم تأت إطلاقاً إلى الوعي والتي خبت أو التي لم يتم تمثلها، وهي تشتمل على المهارات، وأنماط السلوك والعادات الحركية واللفظية وغيرها، وبالتالي فإن الوعي وعدم الوعي ليست أنشطة عقلية فقط، وإنما هي أيضاً أنشطة حسية

حركية. وتعتبر الأحلام مفيدة في عملية الإرشاد لأنها تمثل محاولة لإيجاد حل لتناقض واضح، ولا يقوم المرشد بتفسير الأحلام وإنما يستخدمها لمساعدة المسترشد على اكتشاف هذا التناقض، وكل أجزاء الحلم سواء الأشياء أو الأشخاص تمثل أجزاء مسقطة أو مبعدة من الشخصية والتي ينبغي أن يعيد المسترشد حيازتها وإدماجها في ذاته.

إن مشكلات الشخص العصابي لا تقع في الماضي ولكنها موجودة في الحاضر، وبذلك فإن الإرشاد يجب أن يتعامل حينئذ مع السلوكيات والاهتمامات الراهنة من خلال تنمية الوعي بـ هنا – والآن. ومن خلال الإرشاد يتعلم المسترشد كيف يحيا في الحاضر بمعايشة هنا والآن في الموقف الإرشادي.

إن الإرشاد الجشطالتي هو نوع من الإرشاد المتصل بالخبرات، وبذلك فإنه يهتم بسؤال المسترشد، بل ويدفعه إلى معايشة أقصى ما يمكنه من خبرات ذاتية والتركيز على " أنا " باعتبارها تعبيراً عن الذات أو الفرد، فيصبح واعياً بالعلاقات بين الشعور والسلوك في مجالات مختلفة ويصبح بذلك قادراً على إدماج الأجزاء المفككة من شخصيته وينشئ توازناً ملائماً وحدوداً مناسبة بين الذات والبيئة.

إن أعمال المسترشد السابقة غير المكتملة (الجشطالتات الناقصة)، يجب أن تعاد معايشتها، ولا يقتصر الأمر على مجرد مواجهتها، وبحيث يمكن حلها في هنا – الآن، ولا يعتبر التفسير العقلي أو الاستبصار كافياً، بل يهتم الإرشاد الجشطالتي بالتركيز، حيث يساعد الفرد على تركيز الاهتمام بالصورة أو الشكل بدلاً من الخلفية. ورغم أن المسترشد يكون مضطرباً لكنه مع ذلك يكون لديه شيء ما في المقدمة (الشكل) تمثل نوعاً من التكوين الجشطالتي مهما كان اضطرابها أو تجزؤها، ويكون المسترشد بحاجة إلى الأمن والمساندة من المعالج، مع مقاومة من جانبه ضد الاعتماد على النفس، وتساعد المواقف الآمنة التي تقدم في مواقف الطوارئ على ظهور المواقف غير المنتهية (الجشطالتات غير المكتملة) أو المشكلات في صورة أوضح. ويعتبر التركيز أمراً ضرورياً لكي نتغلب على المقاومات. وكلما أمكن

حل قطعة من الأعمال غير المنتهية أو استكمالها يصبح لدينا جشطالت قد استكملت، ومن ثم تدمر أو تنتهي بحيث يكون المسترشد حينئذ مستعداً للمضي نحو التعامل مع جشطالت أخرى غير منتهية.

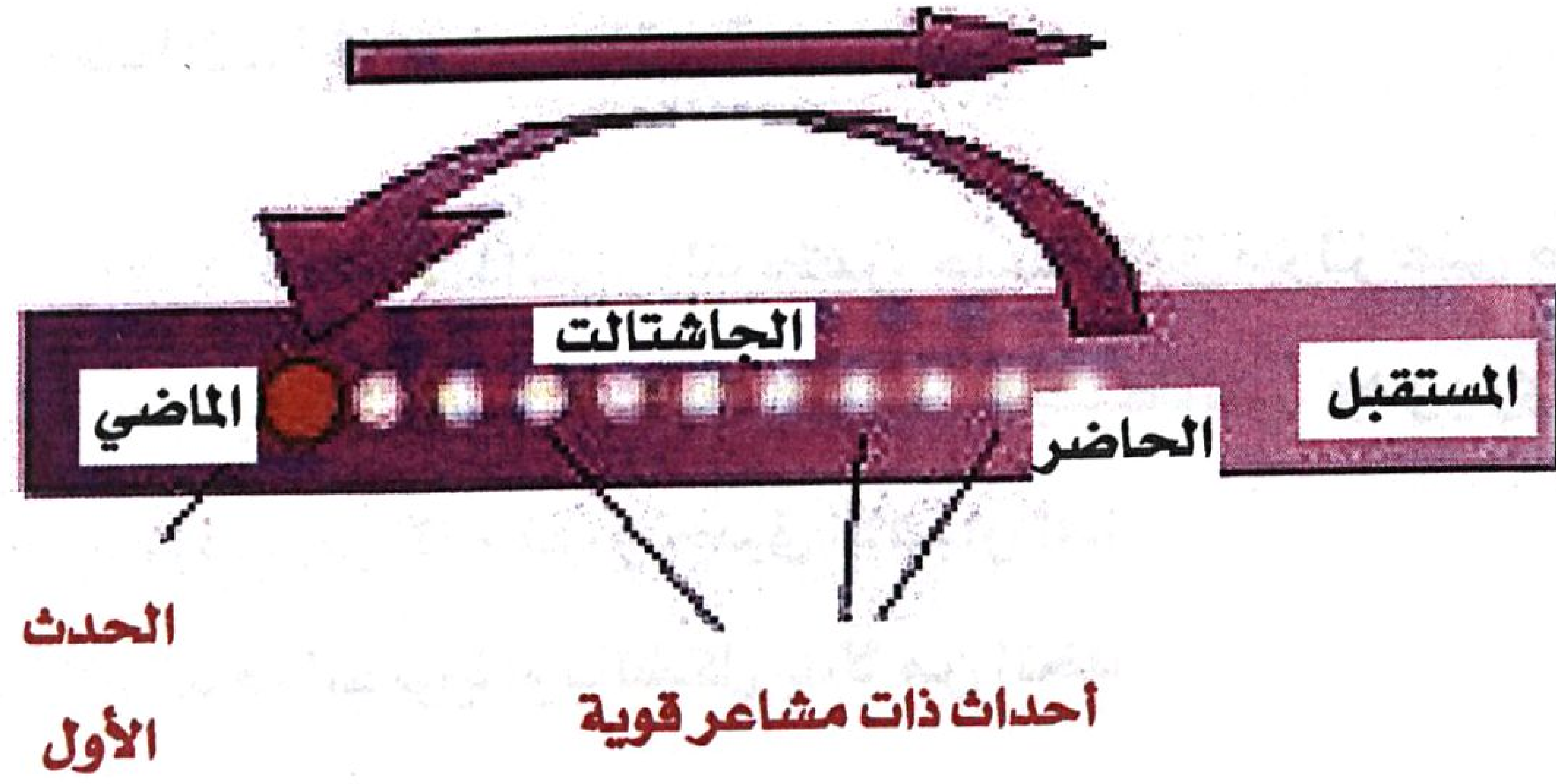
ويهتم الإرشاد الجشطالتي بالتركيز، حيث أطلق بيرلز على طريقته اسم الإرشاد بالتركيز قبل أن يتبنى تسمية الإرشاد الجشطالتي. وهو يرى أن التداعي الحر عند فرويد يؤدي إلى التجنب وتحليق الأفكار، أما التركيز فإنه يساعد الفرد على تركيز الاهتمام بالصورة أو بالشكل بدلا من الخلفية.

إن الإرشاد بالتركيز على الإدراك والوعي بالميول (الاهتمامات) والحاجات يحاول أن يعيد بدء العملية الطبيعية التي يمكن بها لهذه الاهتمامات والحاجات أن تأتي إلى المقدمة والتعامل معها سواء بالبحث عن الحصول على الإشباع في البيئة أو بواسطة انسحاب واضح وبدون أن تتراكم المواقف والجشطالتات غير المنتهية والتي تمثل مواقف اضطرابات. وبالرغم من أن المسترشد يكون مضطربا، لكنه مع ذلك يكون لديه شيء ما في المقدمة. وكلما أمكن حل قطعة من الأعمال غير المنتهية يصبح لدينا جشطالت استكملت حيث يكون المسترشد مستعدا للمضي نحو التعامل مع جشطالت أخرى غير منتهية.

ونظرا لكون الإرشاد الجشطالتي لا يهدف إلى حل مشكلات المسترشد، وإنما يهدف إلى مساعدته على أن يتعلم حل مشكلاته الخاصة، فإن الإرشاد لا يمثل عملية حل مشكلته. وبعد الإرشاد فإن المسترشد ينبغي أن يكون في موقف يمكنه أن يحل مشكلاته الراهنة أو يمنع أو يقلل، ويحل مشكلات المستقبل معتمدا على نفسه. (جابر، 1976) (الشناوي، 1994)

الجشتالت





إن وظيفة المرشد حسب هذه النظرية هي أن يتعلم المسترشد ويدرك أن مصادر حل المشكلات يكمن في داخله، ودور المرشد هنا هو المسهل أو المهيئ للمسترشد في فهم إحباطاته. فهو خبير في توجيه العملية التي بها يصل المسترشد إلى المأزق ثم إلى كسر الحاجز، وبالتالي تحصيل الوعي والمعرفة ثم الاستقلال. فالمرشد يجب أن يكون واعياً وقادراً على أن يحيط بالتواصل الكلي للمسترشد خصوصا غير اللفظي، كما يركز المرشد على خصائص سلوك المسترشد الحالية التي يكون مدركا وواعيا لها ويعطي المرشد المسترشد صفة الانتباه.

إن المرشد في الإرشاد الجشطالتي يختلف عنه في أنظمة الإرشاد النفسي الأخرى، فهو لا يقدم المساندة، لأنه يعتقد أن مشكلة المسترشد تأتي من اعتماده على البيئة بدلاً من الاعتماد على نفسه، وإذا قدم المرشد المساندة الكاملة فإنه بذلك يعزز الدور السلبي (المريض) الذي يقوم به المسترشد.

يقول بيرلز في هذا الشأن: إننا نحبط المريض بطريقة يدفع بها إلى تنمية طاقاته، نحن نستخدم إحباطاً بدرجة كافية من المهارة بحيث ندفع المريض إلى أن يجد طريقه الخاص، وأن يستكشف إمكانياته الخاصة وطاقاته الخاصة. ويكتشف أن ما ينتظره أو يتوقعه من المعالج بوسعه أن يقوم بمثله وعلى نفس المستوى بنفسه. إن

الطاقة التي يستخدمها المسترشد بشكل سيء للحصول على مساندة من البيئة يمكن أن تستخدم لتحقيق الذات بدلاً من محاولة تحقيق صورة الذات ويجب أن يتعلم المريض هنا بنفسه، ولا يغني عن ذلك التعليم والاشراط وتقديم المعلومات والتفسير ونحوها. وعادة فإن المريض يقاوم هذا الإحباط ويتجنب الثقوب والأجزاء المبعدة من شخصيته، وعادة فإن المريض يكون لديه نوع من الفوبيا وينمي نوعاً من التعامي وبذلك لا يستطيع أن يرى بوضوح، ولكن المعالج بما يقدمه من إحباطات للمريض يجعله وجهاً لوجه مع الموانع الخاصة به ومع الجوانب المكفوفة لديه ومع أساليبه في تجنب الاتصال بالبيئة الاتصال الصحيح، وعند هذه النقطة يزداد وعيه ويكتشف أن الطريق المسدود في أكثره أوهام وأن لديه الإمكانيات ليمر من هذا السد. (الشناوي، 1994، 330).

والمرشد في الإرشاد الجشطلتي يتسم بالنشاط والقيادة، وهو خبير في توجيه المسترشد ليحقق الوعي والاستقلالية، كما يكون المرشد حساساً وواعياً وقادراً على معايشة الاتصال الكلي للمسترشد ومتفاعلاً معه.

سابعاً: نظرة نظرية الجشطالت للاضطراب النفسي:

لقد تحدثت نظرية العلاج الجشطالتي عن أربعة اضطرابات وهي:

1) التشرب (الازدراد) 'Introjections:

وهو المحافظة على بنية الأشياء المأخوذة في الوقت الذي يحتاج فيه الكائن إلى هدمها والازدراد هو الصورة الطبيعية لتناول الطعام في مرحلة الرضاعة ومن الناحية النفسية فإن الازدراد هو القبول غير الناقد للسلطة، وتكون الحدود في الازدراد بين الذات والعالم عميقة داخل الذات حيث يصبح الجزء المتبقي من الذات الحقيقية قليلا.

2) الإسقاط Projection:

هو وضع أجزاء من شخصية الفرد في العالم الخارجي حيث يؤدي الشعور بالإثم إلى إسقاط اللوم على شخص أو شيء آخر، قد تكون الإسقاطات على العالم الخارجي وقد تقع داخل الشخصية على الضمير مثلا، ويعطي الإسقاط تحررا مؤقتا، وفي الإسقاط تكون الحدود بين الذات والعالم تمتد إلى العالم.

3) الاندماج Confluence:

يوجد الاندماج عندما يشعر الفرد بعدم وجود حد فاصل بين الذات والبيئة. هذه الحالة توجد عند الطفل حديث الولادة وعند البالغين في لحظات التركيز الزائد ولكن الحالة المستمرة التي لا يستطيع فيها الفرد التمييز بين ذاته والآخرين تعتبر حالة مرضية.

4) الانثناء Retroflection:

إن بعض الوظائف توجه أصلا من الفرد نحو العالم تغير اتجاهها وتنحني إلى الخلف نحو المنشأ (الفرد). مثال الانتحار كبديل عن القتل، حيث أن العدوان والكراهية تنعكسان نحو الذات. والشخص الذي ينثني يعامل نفسه بالطريقة التي يود أن يعامل بها الآخرين.

وقد قسم بارسونز المشكلات التي يعايشها الفرد إلى ما يلي:

1. نقص الوعي:

يرتبط بالأشخاص الذين لديهم شخصيات متشددة. إنهم فقدوا القدرة الابتكارية للتعامل مع البيئة إنهم يوجدون ويتحركون عبر الحياة من يوم إلى يوم مع شعور صعب بعدم الإنجاز.

2. نقص المسؤولية الذاتية:

يرتبط بنقص الوعي حيث بدلا من التطلع نحو الاستقلالية التي تعتبر علامة مميزة للنضج، فإن الفرد يتطلع إلى البقاء في موقف الاعتماد.

3. فقدان الاتصال مع البيئة:

يرتبط أيضا بنقص الوعي وهذه المشكلة تأخذ صورتين:

الأولى: الفرد أصبح متشددا في سلوكه بحيث لا يقبل أي جواب من البيئة. وذلك يمنع الفرد من التحرك نحو حالة من النضج.

الثانية: شخص يحتاج إلى كثير من الموافقة بحيث يفقد ذاته في محاولة استدماج كل شيء في البيئة بحيث تصبح الذات مستبدلة بصورة الذات.

4. عدم القدرة على إكمال الجشطالت:

إننا جميعا لدينا الطاقة أن نتحمل كثيرا من المواقف غير المكتملة حولنا ولكن إذا أصبحت ذات قوة كبيرة فإنها تؤدي إلى متاعب، مثال الرجل الذي يغضب من زوجته لكنه لا يستطيع أن يعبر عن غضبه وبدلا من ذلك يضرب ابنه فإنه لا يكمل العمل، وإذا تراكم العمل غير التام أو كان قويا يصبح الفرد فريسة للسلوك القهري وغير ذلك من الأنشطة القاهرة للذات.

5) ترك الحاجات:

تحدث عندما ينكر الفرد واحدة أو أكثر من حاجاته مثل (العدوان) مسايرة للمجتمع، وبدلا من دفع الطاقة إلى سلوك بناء فإنه ينكر الحاجة نفسها فيفقد الطاقة التي تولدها.

6) الأبعاد المقسمة للذات:

تأخذ صورة أشخاص يدركون أنفسهم على طرف واحد فقط من تدرج "قوي، ضعيف" ولأن الفرد يرى نفسه عند طرف واحد فقط من الخط فإنه لا يتحقق على الإطلاق من القيمة الكاملة لهذا الخط فالشخص الذي لا يعترف بأي ضعف لا يستطيع إطلاقا تقدير القوة التي عنده. من أشهر الانقسامات التي تحدث عنها بيرلز الصوت العالي: الذي يمثل السلطوية وتوقعات الآخرين، والصوت الواطئ الذي يمثل الفأر وهذا التكسر في الشخصية إلى حاكم ومحكوم ينتج عنه صراع داخلي لا يمكن إكماله. (باترسون، 1990)، (الشناوي، 1994)، (منسي، 2004)

ثامناً: أساليب الإرشاد المستخدمة في هذه النظرية:

هناك مجموعة من الأساليب الإرشادية التي يشتمل عليها الإرشاد الجشطالتي وأهمها:

1) الوعي بـ "هنا – والآن" (Here And Now Awareness):

إن العبارة الأساسية في الإرشاد الجشطالتي هي "هنا والآن"، ويعتبر "الآن" نقطة الصفر بين الماضي والمستقبل، حيث لا يوجد أي منهما وإنما الموجود فقط هو "الآن" والشخص العصابي ليس شخصاً لديه مشكلة في الماضي وإنما لديه مشكلة الآن، والتي قد تكون أيضاً مشكلة من الماضي، والماضي يؤثر في السلوك فقط على النحو الذي نراه في الحاضر. والحاضر في هنا والآن هو موقف العلاج نفسه. وفي المقابلة الإرشادية مثلاً، ليس من الضروري أن يسبر المرشد غور الماضي، أو أن يحصل على التاريخ الشخصي للمسترشد، ولا يسمح للمسترشد أن يتحدث عن المشكلة في صيغة الزمن الماضي أو في صورة ذكريات، وإنما يطلب منه أن يعايش مشكلاته الآن ويلامس خبراته الشخصية قدر الإمكان. فمهمة المرشد هنا هي جذب اهتمام المسترشد إلى سلوكياته وخبراته ومشاعره، وليس تفسير هذه الجوانب. وكذلك ليس استكشاف "لماذا؟" وإنما هو معرفة كيف يمنع المسترشد الوعي بالأعمال

(الجشطالتات) غير المنتهية أو غير الكاملة. وبالتالي ايجاد الوعي في المسترشد ليستجمع الأجزاء المبعدة من شخصيته ويدمج بينها.

2) تكوين المسؤولية في المسترشد (Making The Patient Responsible):

إن استجابات المسترشد للأسئلة الخاصة بالوعي لفظياً أو في صورة غير لفظية يقدم مؤشرات عن الشخصية الكلية، لأنها تعتبر تعبيرات عن الذات ويلاحظ المرشد هذه الاستجابات كما يوجه المزيد من الأسئلة للمسترشد. وعادة فإن استجابات المسترشد تكون استجابات تجنب أو تساؤلات يوجهها للمعالج، أو قد تشمل مؤشرات أخرى في محاولة لاستبعاد المسؤولية الشخصية عن السلوك.



3) استخدام الدراما والتخيل (Drama And Fantasy Work):

يمكن للمرشد أن يزيد من سرعة عملية الإرشاد بالبدء في عدد من الأساليب الأخرى التي تشتمل على نشاط درامي وعلى التخيل من جانب المسترشد. ويمكن للمرشد أن يعمل مع سلوك المسترشد وخبرته في التخيل كما في الواقع. وهذه الطريقة تفيد إذا كان المسترشد بعيداً عن التعامل مع الواقع، والتخيل يتم من خلال عملية الترميز وينتج واقعاً على نطاق أضيق، ولكنه ذو معنى في ارتباطه

بالواقع ويمكن أن يشتمل التخيل على مجموع من الأساليب الدرامية المتنوعة. ومن هذه الأساليب:

أ) أسلوب المكوك (The Shuttle Technique):

يعتمد هذا الأسلوب على توجيه انتباه المسترشد للوراء والأمام من نشاط إلى نشاط آخر والتحرك بين الكلام والإصغاء لنفسه. وقد يقوم المرشد بتسهيل العملية بلفت نظر المسترشد إلى ما قاله. ويدخل أسلوب المكوك في أساليب أخرى مثل محادثات الصوت العالي والصوت السفلي والمقعد الخالي.

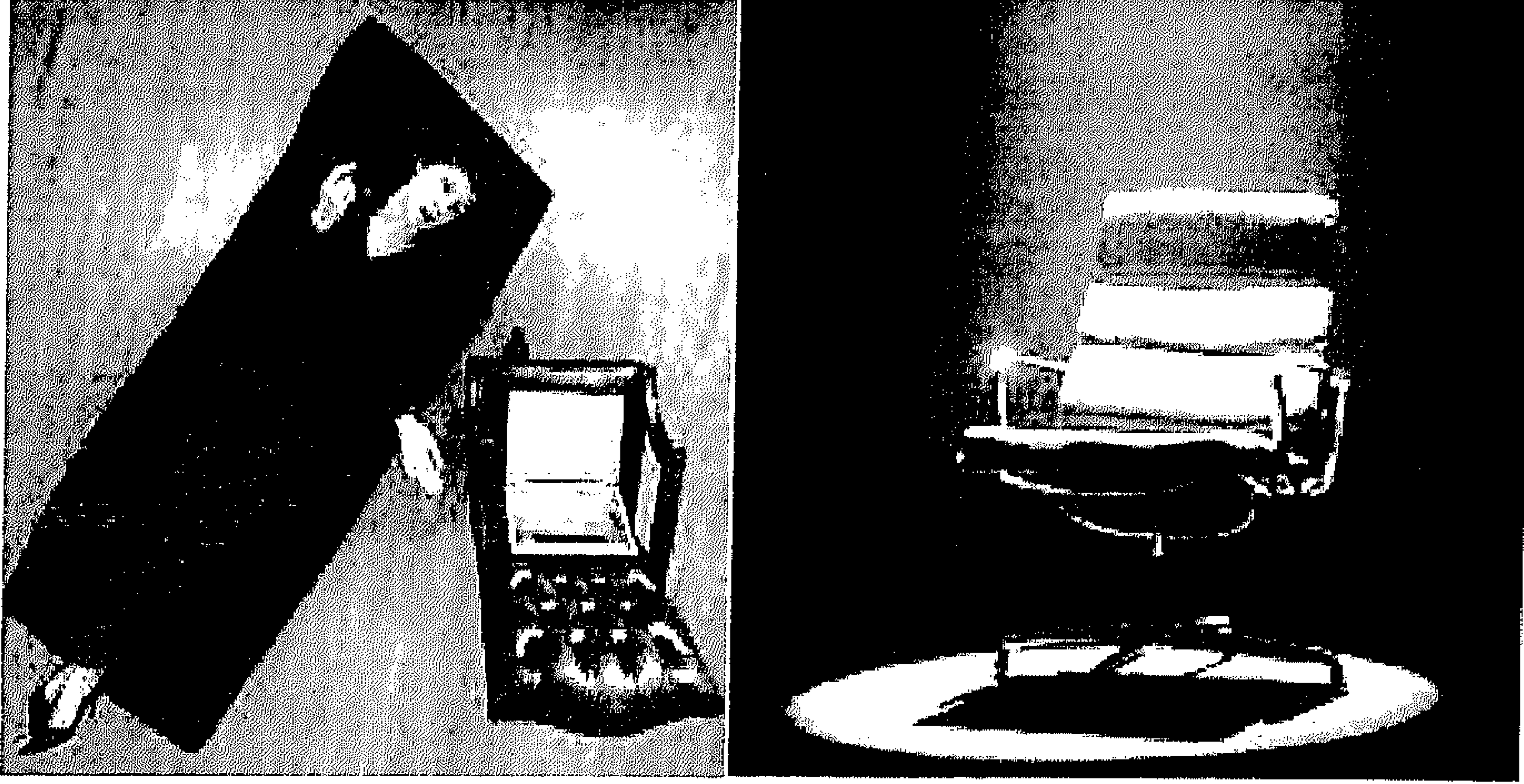
ب) الصوت العالي والصوت السفلي (Top dog And Underdog):

قد يأتي المسترشد ولديه جوانب متضادة في الشخصية. فيطلب المرشد من المسترشد أن يأخذ كل جزء من الصراع عن طريق محاورة ثنائية. فالصوت العلوي يمثل صوت المجتمع أو الضمير، وهو يمثل "ما ينبغي" التي تُغرس في الفرد عادة بواسطة والديه، مثل الاستقامة والكمال والعقاب. والصوت السفلي هو بدائي ملتمس للأعذار ويتجاهل مطالب الصوت العلوي. ونستطيع القول أن الصوت العلوي مشابه للأنا الأعلى عند فرويد، أما الصوت السفلي فيشابه الهو. وعندما يصبح المسترشد واعياً بهذا الانشقاق في الشخصية. فيكون حل هذا الصراع من خلال الجمع بين كلا الجانبين (الصوت العلوي والسفلي) من الشخصية والمكاملة بينهما من قبل المسترشد.

ج) أسلوب المقعد الخالي (The Empty Chair):

هو أسلوب لتسهيل المحاورة بين المسترشد وآخرين، وبين أجزاء من شخصية المسترشد. ويقوم المرشد بمراقبة الحوار، وقد يرشد المسترشد إلى تغيير المقعد عند الحاجة لذلك. ويستخدم هذا الأسلوب بشكل خاص في الإرشاد الجماعي حيث يُوضع مقعدان كل منهما يواجه الآخر، أحدهما يمثل المسترشد أو جانب من

شخصيته (الصوت العالي مثلاً)، والثاني يمثل شخصاً آخر أو الجزء المقابل من الشخصية. وعندما يقوم المرشد بتغيير دوره فإنه ينتقل إلى المقعد الثاني.



4) العمل مع الأحلام (Dream Work):

يرى "بيرلز" أن الأحلام هي الطريق الوردي إلى التكامل والاندماج الشخصي، في حين رآها "فرويد" الطريق الوردي إلى اللاشعور. وحين يعمل المحلل النفسي مع المتداعيات والعناصر الفردية في الحلم ويفسرها، فإن المرشد الجشطالتي يحاول أن يجعل المسترشد يعيش الحلم من جديد في الحاضر، بما في ذلك التعبير عنه وتمثيله، ويتحاشى المعالج عملية التفسير حيث يرى أنها تؤدي فقط إلى الاستبصار الذهني، ولهذا فهو يترك التفسير للمسترشد. والأحلام في الإرشاد الجشطالتي تمثل أو تحتوي على بعض صور المواقف غير المتمثلة أو غير المكتملة.

5) الواجبات المنزلية (Home Work):

يطلب المرشد الجشطالتي من المسترشدين أن يحاولوا عمل بعض الواجبات المنزلية التي تشمل قيامهم بمراجعة الجلسات الإرشادية وتخيل أنفسهم في داخلها مرة أخرى. وإذا وجد المسترشد حاجزاً في طريق إعادة معايشة هذه الخبرة، فإن عليه أن يحاول معرفة ما الذي أوجد الاضطراب.

6) الإدماج (التكامل) (Integration):

إن التركيز في الإرشاد الجشطالتي يكون على الإدماج النفسي وليس على التحليل كما يحدث في التحليل النفسي، ويجب استعادة تلك الجوانب المسقطة أو المبعدة أو التي تجد مقاومة من الذات وتمثلها. إن تحقيق الإدماج والتكامل يمكن تحقيقه بجعل المسترشد يتعامل مع أي أجزاء تتصل بشخصه ككل (الجسم، والانفعالات، والتفكير والكلام) وكذلك مع البيئة الطبيعية والاجتماعية، حيث إنها جميعاً توجد في وحدة وظيفية واحدة. (باترسون، 1992) (الحمصي، 1986) (الشناوي، 1994) (منسي، 2004).

تاسعاً: تقويم نظرية الإرشاد الجشطالتي:

الإيجابيات:

يتحدث الإرشاد الجشطالتي عن قاعدتين هامتين اهتم بهما "بيرلز" وهما: القاعدة الكلية والتي ترى أن الناس هم كليات منظمة وقاعدة ثنائية المتضادات التي تشتمل ضمنها على قاعدة الاتزان. وإن معايشة الفرد لحاجة من الحاجات يؤدي إلى عدم الاتزان ويستجيب لهذا الوضع في محاولة لاستعادة التوازن عن طريق إشباع الحاجة وينخرط الكيان العضوي في سلوك حسي وحركي في تفاعل مع البيئة ليحصل على إشباع للحاجة. وعندما يتم إشباع الحاجة وتكمل الجشطالت فإن الجشطالت تقفل. كما يشتمل الإرشاد على إعادة عملية النمو بتمكين المسترشد من أن يصبح واعيا بحاجاته غير المشبعة وأعماله غير المنتهية أو الجشطالت غير المكتملة.

ويرى "باترسون" أن الإرشاد الجشطالتي لا يحاول أن يعالج الماضي عن طريق التحليل، فالجشطالت غير الكاملة من الماضي تظهر نفسها في الحاضر وخاصة في السلوكيات غير اللفظية والأحلام، ويركز العلاج على السلوك في هنا والآن الذي يؤدي إلى الوعي بالصراعات التي لم تحل مع الآخرين وفي داخل الذات،

ومع الوعي فإن المسترشد يكون حينئذ قادرا على حل صراعاته وإعادة استدماج الأجزاء المبعدة من الذات ويشبه الإرشاد الجشطلتي الإرشاد المتمركز حول الشخص في أنه ظواهري في توجهه، فهو يقرر أن الفرد يخلق عالما شخصيا تبعا لميوله وحاجاته والواقع الداخلي وليس الخارجي هو الواقع الوحيد الذي يهمنا. (باترسون، 1989)

السلبيات:

- إن طابع نظرية الجشطالت ضبابي، حيث تعتمد على التنظير أكثر من اعتمادها على الجانب العملي، وتفسيراتها الفيزيولوجية في أكثرها تأملات نظرية.
- إن سيكولوجية الجشطالت لم تقدم نظاما يتمتع بقوة تنبؤية.
- إن التجريب لدى الجشطالتيين قليل الضبط وغير كمي ولا إحصائي.
- إن مفهوم الاتزان مفهوم فيزيولوجي ولا يسمح بالارتقاء والنمو.
- إغفال الإرشاد الجشطالتي لجانب الهو في شخصية الإنسان.
- ويرى منتقدي هذه النظرية أن طريقة الإرشاد في هذه النظرية فوضوية (افعل ما تريد وأنا افعل ما أريد)، وهذا يشجع النرجسية لدى أولئك الأفراد الذين لديهم القليل من المنطق.
- لا ينفع الإرشاد الجشطلتي مع الأفراد المفتقدين للسلوك الاجتماعي مثل السيكوباتية.

وأخيراً: وبالرغم من الانتقادات الموجهة لنظرية الإرشاد الجشطلتي فإن نظرتها إيجابية للإنسان، فقد رأته فاعلا ومنفعلا وليس فقط متلقياً وسلبياً، فإن من أهم أهدافها هو جعل المسترشد يدرك بأنه يستطيع أن يعمل أشياء كثيرة إيجابية وهذا يجعله أكثر ثقة بنفسه ويستغني عن الاعتماد على البيئة ويصبح أكثر مسؤولية ونضجا وأكثر استقلالية. وقد يعاني الإنسان من الضغوط ومن الحاجات والقيم المتصارعة، فالإرشاد الجشطالتي يجعل المسترشد مدركا لتلك

الحاجات المتصارعة غير المشبعة والقيم المتصارعة فيدركها ويصبح أكثر وعيا بها، وأكثر وعيا بالأجزاء المبعدة من الذات نتيجة الإسقاطات والازدرادات، وهذا يساعده على أن يصبح أكثر توافقا مع نفسه ومع البيئة والآخرين.



الفصل الخامس

النظرية الانتقائية
Eclectic Theory

- مدخل.
- تطور النظرية.
- أهم خصائص النظرية الانتقائية.
- أهداف النظرية.
- الشخصية عند أصحاب النظرية الانتقائية.
- عملية الإرشاد النفسي.
- تقويم النظرية.

الفصل الخامس
النظرية الانتقائية
Eclectic Theory

أولاً: مدخل:

تعتبر النظرية الانتقائية أسلوب في الإرشاد النفسي أفاد من الأساليب الأخرى بهدف تحقيق الصحة العقلية للفرد، ومساعدة المسترشدين للتصدي لأنواع المشكلات المرتبطة بالشخصية. وإن الاتجاه الانتقائي عبارة عن جهد منظم للإفادة من مبادئ المدارس المختلفة التي يمكن أن توجد بين النظريات المختلفة بقصد إقامة وثيقة متبادلة ومتكاملة بين الحقائق ذات العلاقة الوثيقة فيما بينها مهما اختلفت أصولها النظرية. لهذا فهو منهج استقرائي أكثر منه استدلالي، فالمختص النفسي يقوم بإجراءات استقرائية حيث يجمع الحقائق ويحللها ثم يحاول إقامة بناء نظري يفسر هذه الحقائق. وقد قام ثورن بمساهمة جادة في عملية توحيد المعرفة النفسية إلى الطريقة النظامية الشاملة في الإرشاد والعلاج النفسي. وبالتالي يمكن تعريف الانتقائية (Eclectic) بأنها نظام يتضمن انتقاء أو تجميعاً منظماً للملامح المناسبة من المصادر المختلفة، حتى ولو كانت تلك المصادر أو النظريات غير متوافقة وجعلها كلاً متلائماً.

وبالرغم من وجود عدد من العلماء الذين أسهموا في نشوء النظرية الانتقائية وتطورها، إلا أن العالم الأبرز هو ثورن (Thorne) الذي حاول أن يكون علمياً وانتقائياً وأن يكون متكاملاً، إلا أنه لم يقدم إطاراً نظرياً لأسلوبه، حيث اعتبر أن العلم في أساسه تجريبي وليس نظرياً، ولهذا فهو يفضل الأساليب المبنية على الخبرة العملية أو على التجربة. فأسلوب ثورن في الإرشاد والعلاج النفسي يُبرز محاولة خلق موقف شبيه بموقف الطب، ولذا فهو يحاول أن يجيب على السؤال التالي: ما الطرق أو الأساليب أو التكنيكات التي تصلح لهذه الظروف أو تلك، أو مع هذا العميل أو ذاك، أو مع هذا المرض أو ذاك؟ (باترسون، 1992، 13)

ثانياً: تطور النظرية الانتقائية:

ينتسب للنظرية الانتقائية مجموعة من الرواد الذين أثروا في نشوئها وتطورها. نذكر منهم وليم جيمس (James, W.) وبيرت جانيت (Janet, B.) وجاس تافت (Taft, J.)، وأبرزهم فريدريك ثورن (Thorne, F.).

يشكل علم النفس الوظيفي عند جيمس الخلفية التي تستند إليها الانتقائية في العلاج النفسي وذلك من خلال:

- تأكيده على المحددات الشعورية واللاشعورية لتغير الشخصية.
- إن سلوك المسترشد وتوضيحاته الذاتية تحدد مشاعره وتحببه في تغيير السلوك.
- اعتماد جيمس على لغة الحياة اليومية العادية.
- تكنيكاته متنوعة ومستمدة من مختلف النظريات.
- التأكيد في الانتقائية على فعل ما يؤدي إلى نتيجة.
- تأكيد المعالجين النفسيين على الحضور الداخلي أو اليقظة الداخلية مشتق من مفهوم (مجرى الشعور عند جيمس).
- الاهتمام بالصحة النفسية، والوصول بالشخصية إلى مستوى الكمال.

أما جانيت فقد جمع معلوماته الإكلينيكية التفصيلية من ملاحظاته على أكثر من خمسة آلاف مريض. وأضاف إلى التحليل الفرويدي تركيباً (Synthesis) حيث عرّف الأعصبة بأنها نمو مقيد أو معوق، والأعراض في نظره تبرز وظائف مقيدة من وظائف العمليات النفسية العادية. وقد أكد جانيت على المشاعر كمنظمات للأعمال، وقد عرَّف جانيت القوة النفسية بأنها تحقيق الكمال في العمل، والضعف النفسي بأنه عدم التوازن في المشاعر وانخفاض المستوى في أداء العمال. وفي العلاج النفسي توجد فراغات في الشعور تحد أو تقيد العمل والانتباه. كما اهتم بما يسمى علم نفس الأنا والذات في التحليل النفسي.

وكانت تافت أول من طبق أسلوب العلاج الوظيفي (The Functional Therapy) في العلاج النفسي، كما طورت المدرسة الوظيفية في دراسة الحالة الاجتماعية، وتسمي تافت أسلوبها في العلاج النفسي بعلاج العلاقة لتمييزه عن التحليل النفسي، ولتؤكد الأهمية الحالية للخبرة العلاجية، فمن الممكن تعريف علاج العلاقة كعملية يتعلم الفرد فيها الاستفادة من الوقت المخصص من البداية إلى النهاية من غير خوف او مقاومة. فعلاج العلاقة عملية شعورية تعمل على إطلاق قوى النمو في الفرد التي يعوقها الخوف. ويعتمد النجاح في العلاج على الخصائص الشخصية للمعالج الذي يجب أن يكون مدركاً لأقل استجابة شعورية وتتوافر فيه عوامل التلقائية والوعي.

ويأتي ثورن ليقدم طريقة منطقية علمية من طرق الإرشاد النفسي، هي إرشاد الشخصية. حيث كشف ثورن سر اهتمامه بإرشاد الشخصية وعمره خمسة عشر عاماً، حين أراد معرفة أسباب التأتأة (Stammering) التي كانت لديه منذ كان عمره خمس سنوات.

ولد ثورن عام 1909، دخل جامعة كولومبيا، عام 1926 وتخرج منها حاصلاً على الاجازة الجامعية بعلم النفس، ثم حصل على شهادة الماجستير عام 1931 وعلى شهادة الدكتوراه عام 1934، ثم تحول إلى دراسة الطب حيث تخرج عام 1938 من جامعة كورنيل، وعمل منذ عام 1939 وحتى عام 1947 مديراً لمدرسة ولاية براندون، ثم بدأ عمله في عيادة خاصة منذ عام 1947 وعمل أستاذاً غير متفرغ في قسم الطب النفسي في كلية الطب بجامعة فيرمونت (Vermont) ثم أسس مجلة علم النفس الإكلينيكي عام 1945 والتي بقي يصدرها ويرأس تحريرها حتى وفاته عام 1978. كما أنه عمل ممثلاً لعلم النفس الاكلينيكي حتى عام 1966 في اللجنة الأمريكية الخاصة بالقياس النفسي.

ومن أهم مؤلفات ثورن، نذكر:

- مبادئ إرشاد الشخصية، عام 1950
- مبادئ القياس النفسي، عام 1955
- الحكم الاكلينيكي، عام 1961
- الشخصية: وجهة نظر انتقائية عام 1961
- مجموعة من المقالات الصحفية في مجلات متعددة.

لقد أُعجب ثورن بتكامل العلوم الطبية في نظامها الانتقائي القائم على الممارسات العلمية والعملية بالمقارنة مع الفوضى الفكرية للعلوم النفسية. مما دفعه ذلك للعمل على جمع وتوحيد مناهج الإرشاد والعلاج النفسي بأسلوب انتقائي، وأن يقوم بعملية تكامل بين طرق إرشاد الشخصية والعلاج النفسي في أسلوب انتقائي يمكن أن يشكل أساساً للممارسة المقننة. فبدأ ينشر مقالات موجهة نحو تحقيق هذه الغاية اعتباراً من الجزء الأول لمجلة العلاج النفسي الإكلينكي عام 1945 تلك المقالات التي شكلت جزءاً من كتابه الهام مبادئ إرشاد الشخصية عام 1950. وقد أشار باترسون (1992) إلى تعليقات ثورن في تغيرات المواقف تجاه الانتقائية موضحاً بأنه في عام 1945 لم يكن هناك أعضاء في الجمعية النفسية الأمريكية قسم علم النفس العلاجي الذين عرفوا أنفسهم بالانتقائية. وجاء في كتاب (الزيود، 1998، 310) أن (جارهيلد وكرتوز) أشارا في منتصف السبعينات بأن عدد المسجلين في قسم علم النفس العلاجي بالجمعية الأمريكية هم 733 عضواً، منهم 475 عضواً انتقائياً حيث يشكل هؤلاء ما نسبته 64٪.

ثالثاً: أهم خصائص النظرية الانتقائية:

إن الإرشاد في الاتجاه الانتقائي والعلاج النفسي يشتمل على تكامل الأفكار والاستراتيجيات من جميع الطرق والوسائل المتوافرة لمساعدة العميل (المسترشد)، وأن أهم خصائص النظرية الانتقائية تتوضح بالآتي:

1. التعرف على العناصر الصالحة في جميع أنظمة الشخصية ودمجها في كل متماسك يتمثل في السلوك.
2. اعتبار أن جميع النظريات وأساليب القياس والتقويم من العوامل التي تسهل في عملية الإرشاد والعلاج النفسي.
3. عدم التركيز على نظرية واحدة بل يكون المرشد ذا عقل متفتح من خلال تجاربه المستمرة التي تؤدي إلى نتائج سليمة.
4. إن الاتجاه الانتقائي ليس ذلك الاتجاه الذي يشكل خليطاً من الحقائق غير المترابطة، كما أنه ليس مرتبطاً ببناء نظري موحد.
5. الاتجاه الانتقائي لا تنقصه الرؤية الواسعة.
6. تعتمد هذه النظرية على الناحية المنهجية العلمية والعملية، فالعلم ليس نظرياً بل تجريبياً.
7. الأسلوب الانتقائي استقرائي أكثر منه استنتاجي.
8. وإن النظرية الانتقائية عبارة عن جهد منظم بقصد إقامة علاقات وثيقة متبادلة ومتكاملة بين الحقائق ذات العلاقة الوثيقة فيما بينها مهما اختلفت أصولها النظرية.

ويرى باترسون (1992) أن هناك ست خصائص تشترك فيها وجهات النظر المتعددة في النظرية الانتقائية:

1. التركيز الإكلينيكي على اللحظة الحاضرة، فالفراغات في مجرى الشعور تعتبرها هامة.
2. المشاعر هي منظمات السلوك.
3. الذات ومفهوم الذات مع صوره المرتبطة له أهمية أساسية.
4. إن الاختبارات والخطط والثبات والاهتمامات الفلسفية والأخلاقية متضمنة في العلاج.
5. النمو النفسي والصحة النفسية مهمان مثل المرض النفسي.
6. العلاج عملية تطبيقية تنطوي على استخدام أي تكنيك فعال أو فكرة فعالة.

رابعاً: أهداف النظرية الانتقائية:

إن أهداف إرشاد الشخصية هي بالضرورة أهداف الإرشاد النفسي التي تسعى إلى تحقيق الصحة العقلية، وهذا عملياً يعني مساعدة الناس ليعيشوا حياة أكثر سعادة وأكثر صحة. ولقد حاول ثورن أن يوضح أهداف هذه النظرية في خطوات عملية تمثل هدف الأسلوب الانتقائي من أجل تحقيق نظام انتقائي في الإرشاد النفسي. ويتضح ذلك بالآتي:

1. تحديد وتشخيص المستويات المتسلسلة والعوامل المنظمة للتكامل في الحالات النفسية.
2. تجميع كل ما هو معروف في مجال أساليب أو طرق الإرشاد النفسي، ووضع تعريف إجرائي عملي لكل طريقة.
3. تقويم الديناميات الوظيفية لكل طريقة من خلال التحليل التجريبي.
4. التعرف على الطريقة المعينة وبيان مدى فعاليتها، ومتى تكون غير فعالة أو تكون ضارة.

5. توضيح علاقة الإرشاد النفسي بالمرضى النفسيين.
6. وضع معيار للفاعلية الإرشادية.
7. استخدام التحليل الإحصائي.
8. تحقيق الصدق التنبؤي أو إثبات الصدق خلال التطبيق العملي.
9. يصلح الأسلوب الانتقائي – والذي يستفيد من كل الطرق المعروفة – لجميع أنواع المسترشدين ولجميع أنواع المشكلات وإن كان بعضهم يحتاج إلى إرشاد أعمق وأشمل.
10. ضرورة تعاون المسترشد وأن يكون راغباً في الإرشاد، لأن وجود الدافع لديه يؤدي إلى الاستقرار في العلاقة الإرشادية. وإن الأعراض التي تدل على عدم فاعلية إرشاد الشخصية تشمل مواقف يكون المسترشد فيها غير متعاون، وليس لديه الدافع أو ليس قادراً على الاستمرار في الإرشاد.
11. توفير جو الألفة والدفء ليستطيع المسترشد التعبير عن مشاعره بدرجة ملائمة.
12. يساعد الإرشاد النفسي المسترشد في اكتشاف ذاته، لينمي هذه الذات والخبرات في تحقيق حياة متميزة فردية أكثر. حيث إن على المرشد أن يعمل كصديق ناصح لمساعدة المسترشد على أن يقوم بحل مشاكله الخاصة.

ويرى باترسون في إطار تحليله لوجهة نظر ثورن أن الطريقة الانتقائية في العلم هي القادرة على الأخذ من أو التوفيق بين أو الاستفادة من الإضافات أو الاختلافات القائمة بين مدارس علم النفس والطب النفسي المتنوعة. وعلى الرغم من اختلاف وجهات النظر العملية وطرق العلاج بينها، فإن كل مدرسة منها قد قدمت بعض الإضافات. وعلى الاكلينيكي أن يفهمها ويحاول إيجاد نوع من التكامل بينها. (باترسون، 1992، 166).

خامساً: الشخصية في النظرية الانتقائية:

يعتبر ثورن أن الشخصية عبارة عن حالات متغيرة للكائن الحي ككل، تظهر خلال تفاعله مع البيئة بصورة فريدة تميزه عن الآخرين. وهذا يعني أن الشخصية عملية متغيرة ومتطورة، ويرتبط تطورها بعدد من العوامل: مثل المحددات البيولوجية لبنية الجسم والعوامل الثقافية وتحقيق الذات.

وهذا يستدعي فهم خصائصها ودراستها. وقد ظهرت وجهة نظر ثورن في الشخصية واضحة في كتابه: الشخصية، وجهة نظر انتقائية (1961)، حيث أشار باترسون (1992) على أن ثورن لم يُبرز نظرية عن الشخصية، ولكنه يحاول أن يُبرز كل الملاحظات والمادة الامبيريقية عن الشخصية. وهذه الطريقة الانتقائية ليست تجميعاً عشوائياً لنظريات وطرق متنوعة تؤدي إلى خليط من الملاحظات والمعلومات، ولكنها أسلوب منظم متكامل بسبب أن الشخصية بذاتها كل متكامل، وتكاملها عملية ديناميكية يناضل الكائن الحي فيها من أجل أن ينظم ويوحد كل عناصر الحقل السلوكي في اللحظة المعينة أو من أجل الاحتفاظ بدرجة التنظيم التي حصل عليها من قبل. ويجاهد الكائن الحي من أجل المحافظة على مستوى ممكن من التكامل في كل الأوقات، وخلال كل مستويات الأداء الوظيفي من أدنى الوظائف الفيزيائية النفسية إلى أعلى التفاعلات النفسية. وهناك نضال ثابت من أجل وحدة التنظيم يُعبر عن نفسه من خلال الجهود التي تُبذل للاحتفاظ بتنظيم الذات بصفة ثابتة.

لقد عرض ثورن وجهة نظره في الشخصية في تسعة وسبعين تعميماً، ومن غير الممكن أن نعرض تلك التعميمات، ولكننا نشير إلى بعضها:

1. التكامل هو السمة المركزية للحياة في كل أشكالها.
2. قدرة علم النفس التكاملي على توضيح طبيعة وأسباب الحالة النفسية.
3. يعتبر التشخيص النفسي أمراً هاماً.

4. الملاحظة الاستنباطية هي المنهج الرئيسي لإدراك الحالة العقلية والشعور.
5. إن الهدف العلاجي الرئيسي هو أن نحدد ونشخص المستويات المتسلسلة والعوامل المنظمة للتكامل في الحالات النفسية.
6. إن محور الشخصية هو مفهوم الذات، والذي يعكس كلاً من الخبرات الشخصية والاجتماعية.
7. الدافعية الديناميكية الحقيقية التي تسّير الحياة هي تقوية الذات. فكل فرد يطور صفات أسلوب حياته، والذي يتكون من استراتيجيات هجومية ودفاعية وتكتيكات لإشباع الحاجات وتحقيق الأهداف.
8. المستويات العليا للسلوك الإنساني تعكس الإرادة في ضبط الذات للهروب من تحديات البيئة الميكانيكية.
9. إن أعلى مستويات التكامل تشتق من عوامل الذكاء والإبداع وإمكانية التفكير العقلاني المنطقي.
10. تعتبر المشكلة الرئيسية في العلاج النفسي تحديد نماذج التكامل غير الصحيحة وإحلال مكانها سلوكات تكيفية بصورة أفضل.
11. تعتبر الحالة النفسية كل منظم متكامل موحد يمكن التوصل إليها بطرق ظاهرية للخبرة المباشرة.
12. التكامل يعكس إجرائية الدفع لتنظيم أعلى يستحضر منها الوظائف والخبرات معاً في جشطالتية جديدة ومتزايدة التعقيد.
13. يعتبر المرض النفسي من العوامل التي تمنع التكامل السوي.

لقد قدم ثورن نظرية تجمع الملاحظات والحقائق التجريبية المتعلقة بالشخصية. وهذا التجميع هو جهد علمي قام على اتجاه تكاملي منظم لأن الشخصية هي كل متكامل وهي تتكون من مجموعة الحالات المتغيرة للفرد ككل في محاولاته للتغلب على مشكلات تفاعله مع البيئة بطريقة تميزه عن الآخرين. وإن وجهة النظر الانتقائية للشخصية ترى أن الكائن الحي يكافح من أجل المحافظة على أعلى مستوى من التكامل عن طريق تحقيق تكامل مرضي لجميع مستويات

الحاجة لديه. ويعتقد ثورن بأن الشعور هو حقيقة علم النفس، وأن الخبرات الشعورية هي حقائق السلوك الأولية وأن محتويات الشعور هي التي تحدد الحالة العقلية للفرد.

وإذا حدث سوء تنظيم للشعور، وهذا اضطراب في السلوك، فإن الذات لا تصبح قادرة على تنظيم الكائن الحي، وقد تدفعه بذلك إلى القيام بأشياء ضد رغباته.

سادساً: عملية الإرشاد النفسي:

إن العملية الإرشادية من وجهة نظر ثورن تتلخص بالتشخيص والعلاقة الإرشادية وطرق الإرشاد، وسنحاول توضيح ذلك معتمدين بشكل أساسي على أهم ما جاء حول ذلك في كتاب باترسون (1992) بعنوان: نظريات الإرشاد والعلاج النفسي.

1) التشخيص:

يعتبر ثورن أن الإرشاد بدون تشخيص لا يخرج عن كونه مجرد تخمين، فالتشخيص الصادق والثابت هو حجر الزاوية في كل عمل إرشادي. وقبل تطوير طرق تشخيصية صحيحة، فإن الإرشاد النفسي سيظل موضع شك غير خاضع للتمحيص العلمي. ويهدف التشخيص إلى التعرف على العوامل المسببة للمرض. وحينما لا يكون التشخيص السببي ممكناً، فإن التشخيص الفارق هو البديل الممكن. وهو عملية مبنية على إدراك الفرق بين حالتين أو أكثر من حالات الاضطراب المتشابهة بواسطة المقارنة بين الأعراض أو العلامات المميزة. كما أنه لا يكفي في التشخيص مجرد التعرف على العوامل المسببة، ولكن ينبغي أيضاً تقويم هذه الأسباب في ضوء مناسبتها أو قدرتها على إحداث هذا المرض. وهذا بحد ذاته أمر صعب بسبب كثرة العوامل الوراثية والبيئية.

وتشتمل عملية التشخيص على ما يلي:

- جمع الأدلة الملائمة واستخدام كل الطرق المتاحة.
- القيام بعملية تكامل في المادة العلمية المتجمعة على ضوء العلم الأساسي بالمرض.
- صياغة الفروض التي تتصل بمجموعة الاضطرابات العامة التي يمكن أن تندرج ضمنها الحالة موضع التشخيص.
- وضع الاحتمالات الأخرى في الاعتبار عن طريق التشخيص الفارق، من أجل استبعاد الحالات المشابهة.
- التعرف على الاضطراب بعد استبعاد كل الاحتمالات الممكنة.

ويضع ثورن خمسة أساليب لدراسة الشخصية، ويعتبرها أساسية لعملية التشخيص وهي:

- تاريخ الحياة.
- تقديرات السلوك المبنية على الملاحظة المباشرة.
- التقرير الاستبطاني وتقديرات الذات.
- المقاييس والاختبارات الموضوعية.
- الاختبارات الاسقاطية.

1. تاريخ الحياة:

يعتبر ماضي الفرد من أفضل المصادر لجمع المعلومات عن طبيعة الشخص، وهذه المعلومات تبين لنا كيف عاش هذا الفرد ولماذا وصل إلى حالته الراهنة. كما أن الماضي خير من ينبئ عن المستقبل. وإن دراسة تاريخ الحياة يتم تحضيرها عن طريق اعادة بناء السيرة الحياتية للفرد على أساس السجلات والوثائق التي يمكن الحصول عليها، والتي تتعلق بالأحداث والسلوكيات التي واجهت الفرد. ومع هذا فإن المعلومات الناتجة عن السيرة الحياتية للشخص محدودة نظراً لأن الفرد عادة

غير قادر وغير راغب في كشف كل شيء هام يتعلق بذاته. كما أن الشخص المضطرب انفعالياً لا يمكن الاعتماد عليه بدرجة كبيرة عند تقديم تقرير عن ذاته ولا عن الآخرين ولا عن الموقف. ولهذا ينبغي ألا يؤخذ أي شيء بصدقه الظاهري عند البحث عن الحقائق من خلال سجل الحياة. فالنفاق الاجتماعي يتحدى أمهر المعالجين النفسيين، كما أن الأخطاء الكبيرة قد تحدث نتيجة العجز عن تصفية الحقائق.

2. تقديرات السلوك المبنية على الملاحظة المباشرة:

تعتبر الملاحظة المباشرة للسلوك حجر الزاوية في التشخيص النفسي. فالملاحظة المنظمة للحالة من حيث المظهر العام والكلام والسلوك التنفيسي والمزاج والنزعة ومحتوى التفكير والانتباه والقدرات العقلية البسيطة كالقراءة والكتابة والحساب والحكم والتبصر والمعلومات العامة تُعتبر كلها عملية فحص للمستوى العقلي وللحالة العقلية للمفحوص. وينبغي لتقديرات السلوك أن تكون منظمة وموضوعية.

3. التقرير الاستبطاني وتقديرات الذات:

إن كثيراً من العمليات النفسية تتعلق بالخبرة الذاتية التي يمكن دراستها عن طريق التقارير الاستبطانية الذاتية. وتُعتبر المقابلة غير المعدة سلفاً من الطرق المفضلة للحصول على التقارير الاستبطانية. وإذا تم استخدام المقابلة المخططة (المعدة سلفاً)، فإنه من الضروري أن يسمح اعدادها بقدر كاف من الحرية للمفحوص، لكي نحصل على تقارير ذاتية غير متأثرة بالفاحص، ولا بالموقف قدر الامكان. وتُعتبر الأسئلة المفتوحة والطرق الاسقاطية والتقارير الشخصية أمثلة مفيدة في هذا الصدد كأدوات تقود إلى التعرف على مجالات سوء التوافق الممكنة.

4. المقاييس والاختبارات الموضوعية:

تُعتبر الاختبارات والمقاييس أدوات هامة للحصول على معلومات كمية، إلا أن معظمها لا يحقق محك الموضوعية. وهناك القليل من الاختبارات التي يتوفر لها الصدق والثبات، وتقيس مظاهر من السلوك الهام اجتماعياً.

5. الأساليب الاسقاطية:

إن الأساليب الاسقاطية تستنبط المظاهر الفردية لتكامل الشخصية، ولكن المشكلة تكمن في تفسير هذه المظاهر في صورة عوامل حقيقية تُنظم تكامل الشخصية. وإن هذه الأساليب لا تكفي للتشخيص، حيث لا يزال هناك قصور في تحقيق الصدق الاحصائي التجريبي لها. ولهذا يمكن استخدامها لتتكامل مع أسلوب آخر.

إن عملية التشخيص أكبر من مجرد عملية تصنيف المشكلة. إنها تتضمن التصنيف، ولكنها تهتم أيضاً بالعوامل السببية، إنها وصف للكائن الحي وبطرق مختلفة تهدف إلى الكشف عن ديناميات الشخصية في كل حالة فردية، لكي تتضح العوامل المسببة التي يؤدي تفاعلها الدينامي إلى الصورة التفردة للسمات الشخصية. ومثل هذا التشخيص أساس لكل عمليات الإرشاد النفسي.

2) العلاقة الإرشادية:

يتردد الإنسان غالباً في طلب المساعدة أم لا، فهل هو محتاج اليها فعلاً؟ فالمسترشد هو الذي يطلب المساعدة وبناءً على رغبته. وهذا يستدعي من المرشد تقبل المسترشد وافساح المجال لقيام العلاقة الإرشادية بكل الطرق الممكنة. وينبغي على المرشد أن يهيئ الحالة أو يبني العلاقة في صورة أدوار لكل منهما، ويحدد المرشد الطريقة سواء كانت إرشاداً مباشراً أو غير مباشر.

يتعرف المرشد على ما تتوقعه الحالة من الإرشاد، أو كيف يتصور العملية الإرشادية، ويبدأ العلاقة الإرشادية متقبلاً، هادئاً، غير مهدد، ويبدي رغبته واهتمامه بالحالة واستعداده لتقديم المساعدة. ولابد للعلاقة الإرشادية من أن يسودها جو الألفة والمودة والثقة والأمانة والاحترام المتبادل بين المرشد والمسترشد. وينبغي الحرص على استمرار هذه الأجواء الايجابية من جانب المسترشد، وتجنب النقد والمظاهر السلبية للعلاج أو غير السارة، مثل اكتشاف السلوك الخاطئ، أو إظهار السلطة وقوة القانون.

تنمو العلاقة الإرشادية بشكل أفضل حينما يتقبل المرشد حالة المسترشد، ويألف المسترشد الحالة دون تدخل من المرشد، وذلك في الأحوال العادية. أما إذا كان المسترشد من النوع الذي يُظهر الاتجاهات السلبية أو العدوانية، فإن المرشد هنا يكون أكثر فاعلية ويهتم برغبات المسترشد للحفاظ على المودة والألفة، ويفضل خبرة المرشد ومهارته، فمن المفترض أن يكون لديه طرق متعددة لمساعدة المسترشد.

ويساعد في تكوين العلاقة الإرشادية تاريخ الحالة، الذي يُبرز كل الحقائق الملائمة للتشخيص، والتي منها يمكن التعرف على العوامل المسببة. وحيث إنه لا يمكن التخطيط لعلاج معقول من غير تشخيص دقيق، وحيث إن تاريخ الحالة يقدم الأساس لهذا التشخيص، فإن تاريخ الحالة يقدم الأساس أيضاً لعملية الإرشاد. وعندما تصل العلاقة الإرشادية إلى مأزق بسبب عجز المسترشد عن التعبير، أو بسبب الكبت أو المقاومة. فإن مادة تاريخ الحالة تقدم للمرشد مؤشرات للاكتشاف والبحث والفحص، وينبغي للمرشد تناول هذه الأمور برفق لتجنب فتح مجالات جديدة قبل أن يكون المسترشد مستعداً لها.

3) طرق الإرشاد:

يعتبر ثورن أن طرق الإرشاد يمكن أن توضع في صورة خط متصل ذي طرفين، يبدأ أحدهما بالطرق المباشرة، وينتهي الثاني بالطرق غير المباشرة. وإن التمييز بين الطريقتين غير موضوعي، ويستخدمان حسب مقتضيات الحالة. وبصفة عامة يجب استخدام الطرق غير المباشرة كلما أمكن ذلك، ويكون لها الأفضلية في مراحل الإرشاد الأولى، وذلك لكي تطلق الانفعالات الحبيسة. أما الطرق المباشرة فيتم استخدامها فقط عند وجود دلائل معينة، وفي مواقف سوء التكيف التي تتطلب تعاون أفراد آخرين. وعلى أية حال فإن ثورن يتقبل الأسلوب غير المباشر في أمثلة معينة، إلا أن أسلوبه الأعم هو الأسلوب المباشر. وقد استخدم ثورن في كتاباته المبكرة مصطلح "مباشر" لطريقته في الإرشاد، إلا أنه استبدله بمصطلح "انتقائي" في كتبه.

إن التدخل لتوجيه شخص ما ينبغي أن يكون محصوراً في أضيق الحدود الضرورية للمحافظة على راحته، وهذا يعني أن الطرق غير المباشرة (Passive Methods) للإرشاد والعلاج النفسي أفضل من غيرها، ما لم توجد دلائل تقتضي اختيار طرق أكثر مباشرة. ومع أخذ هذه القاعدة بنظر الاعتبار **فإن هناك مجموعة من العوامل التي تحدد اختيار الطريقة وهي:**

1. فاعلية الطريقة التي تظهر من خلال تعاملها مع العوامل المسببة للاضطراب.
2. اقتصادية الطريقة، فالطريقة الأكثر اقتصادية والأسرع والأكثر أماناً تعتبر أفضل.
3. ملاءمتها لطبيعة تاريخ الاضطراب، فالنسق الذي سار عليه الاضطراب ينبغي فهمه من أجل اختيار أفضل طرق العلاج.
4. تفرد الطريقة، حيث يوجه المرشد العلاج تبعاً للخطة، ويُعد له طبقاً لسير العلاج وتقدم الحالة.

5. كلية الدفع (Total Push)، أي توجيه كل الوان التأثير الممكنة، وكل أساليب العلاج نحو الهدف.
6. قابليتها للتطبيق أو الاستخدام إن مناقشة طرق الإرشاد عند ثورن تنتظم في خمسة عناوين توضح أنواع المشكلات ومراحل الإرشاد. وهذه التقسيمات هي:

- طرق التعامل مع مرحلة عرض المشكلات.
- طرق التعامل مع العوامل الانفعالية المرتبطة بسوء التوافق.
- طرق التأثير على المسترشد من أجل الإرشاد.
- طرق تقوية المصادر العقلية إلى أقصى حد ممكن.
- تقديم المعارف والمعلومات العقلية خلال الإرشاد.

وسنحاول توضيح هذه الطرق.

1. طرق التعامل مع مرحلة عرض المشكلات:

يتجه الإرشاد نحو إزالة أو علاج الأسباب المؤدية إلى الاضطراب. ومع ذلك فإنه من المرغوب فيه أن تخفف الأعراض التي تؤلم المسترشد حيث أنها تستحق الانتباه، وإذا لم تتحسن الأعراض أو تختفي فقد يعتبر العلاج غير ناجح.

وتعتبر الأعراض بالنسبة للمسترشد وإلى كل المهتمين به تمثل الشكوى، وربما هي فقط موضع الاهتمام. ويمكن تحديد الأحوال التي تقتضي علاج الأعراض بحيث تشمل ما يلي:

- مشكلات التوافق الرئيسة، حيث يكون المضطربون أحياناً في حالة لا يستطيعون معها مواجهة مشكلاتهم بصورة بنّاءة. وقد تؤدي تصرفاتهم إلى ازدياد حالتهم سوءاً.
- اللحظات العابرة من عدم الاستقرار، والتي يمر بها كثير من الناس في أوقات صعبة، وقد تنتهي عادة بعد فترة من الزمن وبصورة تلقائية.

- المشكلات التي ليس لها حل، والتي تُبنى على حقائق لا يمكن الوصول معها إلى حل.
- الأعراض المؤدية إلى الانقباض أو الحزن.
- الأعراض الخطرة، مثل الاضطرابات العضوية، وأعراض اليأس والخوف والتهديد بالانتحار، والتفكير بالقتل وغيرها.

وحسب نظرية ثورن يمكننا علاج هذه الأعراض بالطرق التالية:

- فهم ديناميية العملية: وذلك بتوجيه المسترشد نحو فهم العلاقة بين الأعراض والأسباب.
- تجنب التثبت على العرض، حيث ينبغي تشجيع أعمال المسترشد التي تؤدي إلى النفور من التثبت على العرض، ومساعدته على التحكم في الأعراض ومنع استمرارها.
- إبداء الاهتمام بالمسترشد والتعاطف معه وتشجيعه، وهذا يؤدي إلى الدعم الانفعالي وانبعاث الأمل لديه ليستطيع الصمود ومواصلة العلاج.
- الضبط الكامل لعملية تأجيل الجلسات، وأن يكون التأجيل لأسباب مقبولة ومبررة.
- استخدام الايحاء في بعض المواقف، مثل مواقف الأعراض الوظيفية.
- استخدام الطرق غير المباشرة – والملائمة لإرشاد الأسوياء – لأهداف التهدئة والتلطيف مع العصابيين والذهانيين والمعوقين عقلياً، إلى أن يحين استخدام طرق أكثر مباشرة، ومن بينها دخول المشفى.

2. التعامل مع العوامل الانفعالية في حالات سوء التوافق:

إن كثيراً من ألوان السلوك محدد بعوامل لاشعورية داخلية تحتاج إلى المواجهة قبل أن تستطيع الوظائف العقلية العليا الانطلاق من عقالها والتوجه إلى حل المشكلة. وإن مواجهة العوامل الانفعالية يشكل واحدة من أهم المسائل في العلاج النفسي، وذلك بسبب الدور الذي تلعبه الظروف المحيطة بالطفولة المبكرة في

احداث سوء التوافق في المستقبل. وإن طرق التعامل مع العوامل الانفعالية مشتقة بصفة مبدئية من التحليل النفسي ومن العلاج غير المباشر، بالاضافة إلى الطرق الاشراطية.

وبالرغم من اختلاف إرشاد الشخصية عن التحليل النفسي، إلا أن ظاهرة التحول (Transference) يمكن أن تظهر في الإرشاد الشامل والطويل الأجل. وفي هذه الحال ينبغي على المرشد النفسي أن يفهم هذه الظاهرة، والتي هي نوع من إسقاط الاتجاهات الانفعالية الموجهة أصلاً نحو الأشخاص الهامين في الطفولة المبكرة على شخصية المعالج النفسي.

والاتجاهات الايجابية تؤدي إلى تحول ايجابي، والاتجاهات السلبية تؤدي إلى تحول سلبي. كما يمكن أن تظهر ظاهرة المقاومة (Resistance) في صور عديدة، منها الاتجاهات السلبية نحو الإرشاد ونحو المرشد، وعدم المحافظة على موعد الجلسات، والفشل في تنفيذ خطة الإرشاد أو محاولات انهائه. والمقاومة تعني الدفاع الطبيعي من جانب المسترشد ضد الاقرار والاعتراف والتقبل للحقائق المرة وضد ضرورة التبصر وتقبل التغيير. وتشمل طرق مواجهة المقاومة ما يلي:

- الاستماع السلبي من خلال التنفيس عن انفعالات الرفض والعدوانية، إذا تم التعبير عنها في جو من الأمان.
- التقبل والقيام بعملية عكس المشاعر وزيادة الاستجلاء والاستيضاح، وذلك عند استمرار المقاومة.
- المحادثة المحايدة، وتستعمل عندما تكون المقاومة واضحة وقوية أو عندما تؤدي إلى مأزق، وعندها قد يكون من الأفضل تغيير مجرى الحديث إلى مجالات أخرى.
- تحليل المقاومة وتفسير أسبابها حتى يدركها المسترشد ويوجهها ويحاول التخلص منها.
- إنهاء الإرشاد عندما لا يكون من الممكن تعديل المقاومة أو التخفيف من حدتها. وهنا فقد يكون من الأفضل إنهاء الإرشاد أو تحويل المسترشد إلى مرشد آخر.

3. طريقة التأثير على المسترشد:

إن طريقة التأثير الإرشادي على المسترشد ليست محببة بسبب سوء استخدامها، ولأنها لا تتلاءم مع الاتجاه السائد في الإرشاد النفسي. ومع هذا فإن بعض الحالات لا تتقدم نحو تحقيق أهدافها إلا بالتدخل والتوجيه المباشر من قبل المرشد. ومن هذه الطرق:

أ. الإيحاء (Suggestion):

حيث يعتبر الإيحاء ظاهرة عامة تتدخل في كل الاضطرابات النفسية وكل أنواع الإرشاد. فالإيحاء يؤثر في الأفكار وفي المشاعر وفي الأنشطة من غير أوامر صريحة، ومن غير اللجوء إلى استخدام الوظائف العقلية. وتحقق أساليب الإيحاء أهدافاً محددة من أهمها:

- مقاومة الأفكار السلبية.
- استثارة الاتجاهات الايجابية.
- تشجيع الأفعال المرغوبة.
- إزاحة الأعراض التي تعتبر نتيجة لإيحاءات سلبية معينة.
- وتظهر فاعلية الإيحاء مع الأطفال والمعوقين وأصحاب الشخصيات غير الناضجة.

ب. الإقناع والنصيحة (Persuasion and Advice):

إن علاقة المرشد بالمسترشد هي علاقة إنسان أكثر نضجاً ومعرفة وخبرة، يستطيع تعليم المسترشد وتربيته. وإن الإقناع والنصيحة يعتبران مفيدين وسريعين وبسيطين عندما يوجد حل سريع وواضح. ويعتبر استخدامهما فعّالاً في الحالات الخفيفة، وحيث تتحقق السلامة العقلية. وعندها يكون من السهل تكوين علاقة التعاون والمودة بسهولة وذلك لتحقيق بعض الأهداف المحددة كتخفيف الأعراض.

يتضمن الإرشاد بالإقناع الإشارة إلى حقائق الموقف وتحديدها أمام المسترشد، وبيان لماذا يتعين على المسترشد تغيير اتجاهاته وعاداته، وما هي النتائج المتوقعة في المستقبل للسلوك غير المتوافق. وكذلك تشجيع المسترشد على مواجهة الواقع والتدرب على حل المشكلات ووضع البدائل، واختيار المناسب منها. أما النصيحة فينبغي استخدامها في حدود ضيقة، وألا تُقدم في مراحل مبكرة من الإرشاد، وأن يتقبلها المسترشد برحابة صدر.

ج. الضغط (Pressure) والإكراه (Coercion) والعقاب (Punishment):

حيث يبدو أن هناك بعض المواقف التي يكون من المفيد فيها استخدام أساليب الضغط والإكراه والعقاب، ومثل هذه الأساليب تُستخدم من قبل سلطة تتمتع بالحزم والفهم والطيبة.

لا يُستخدم العقاب إلا نادراً في الإرشاد النفسي، ولكن استخدامه كحافز للتعلم قد يكون مفيداً. ويكون العقاب ضرورياً في التعامل مع الشخصيات ذات السلوك غير الناضج، وغير المقبول اجتماعياً، حيث إن التسامح المطلق يؤدي إلى تعزيز هذا السلوك. ولهذا يُستخدم الضغط والإكراه لتحقيق بعض الأهداف العلاجية المتصلة بالتدريب وتصحيح السلوك الخطر أو غير المقبول أو ضبطه، والتي لم يتحقق الوصول إليها في البيت أو في المدرسة. كما وتُستخدم طرق الضغط والإكراه مع الأطفال المدللين أو غير مكتملي النضج، أو اللامبالين. ولكن قد يُساء استخدامها في بعض المواقف لتصبح غير فعّالة. ولذلك ينبغي استخدامها عند وجود الدلائل على فاعليتها، والعدول عنها إذا تبين أنها ستؤدي إلى الإحباط، أو استخدام الحيل الدفاعية كالتبرير والإسقاط والكبت وغيرها، أو إلى ردود فعل عدوانية.

وبشكل عام لا يُستخدم العقاب إلا إذا فشلت أساليب التعزيز والمكافأة، وأصبح من الضروري جداً استخدام العقاب.



د. الصراع العلاجي (Therapeutic Conflict):

حيث تعاني بعض الشخصيات من عدم النضج مثل، الأطفال الصغار جداً، وضعاف العقول، والمرضى النفسيين. ومع مثل هؤلاء قد يكون من الضروري المفاجأة، بإحداث صراع وإثارته في الذهن قبل إقناعهم بوجود مشكلات يتعين عليهم مواجهتها. واستخدام أسلوب الصراع العلاجي مبني على فرضية مؤداها أن لدى المسترشد من تكامل الشخصية ما يساعده على مواجهة الصراع بصورة بناءة. "وقد استخدم ثورن هذا الأسلوب في المشكلات التأديبية للمراهق، وفي داخل الصف المدرسي، وفي الصراعات التفاعلية بين الأفراد، وفي تكوين الوعي والدراية بالمشكلات التي يتجاهلها بعضهم، وفي استثارة النضج ومع الشخصيات المغرورة والمستبدة." (باترسون، 1992، 145).

إن طريقة الصراع العلاجي محفوفة بالمخاطر، ولهذا ينبغي استخدامها من قبل المرشدين القديرين والمشهود بخبرتهم، عندما تفشل الطرق الأخرى الأقل خطورة.

4. طريقة تقوية المصادر العقلية إلى أقصى حد ممكن:

تعتبر الإعاقة الحسية وإعاقات الإدراك والذاكرة والتعلم والقدرة على استعمال الرموز اللغوية من أهم أسباب سوء التوافق. ويمكن علاج هذه الإعاقات بإعادة التدريب. حيث تهدف طرق إعادة التدريب إلى تنمية القدرة على التفكير المعتدل، وإلى تصحيح الأفكار غير المنطقية، والتي تُعتبر من أهم أسس سوء التوافق. ولهذا سوف يحتاج المسترشد إلى تدريب عملي مباشر على استخدام العقل والمنطق في حل المشكلات.

5. طرق تقديم المعارف والمعلومات العقلية خلال الإرشاد:

يتحمل المرشد مسؤولية تقديم المعارف والمعلومات العقلية إلى من يحتاجها لتحقيق المزيد من الفاعلية أو لحل المشكلة. وتكون هذه المعارف ذات فائدة للمسترشد، ويُحظر تقديمها إذا كان لها تأثيرات مهددة، أو رغبة غير صحية في معرفة هذه المعلومات. أما أنواع المعلومات الممكن تقديمها، فتشمل تلك التي تتصل بطبيعة الاضطراب والتكهن باحتمالاته، والمتصلة بالبدائل المتاحة، وكذلك المعلومات التي تعتبر ضرورية لكبح الأعمال الضارة والمتعلقة باتجاهات الآخرين نحو المسترشد، وفي بعض الحالات يمكن تقديم الرأي الشخصي إذا لم تتوفر المعرفة العلمية.

وينبغي تقديم المعارف والمعلومات حسب الحاجة، وحسب صلتها بمشكلات المسترشد، والابتعاد عن أسلوب المحاضرة. كما ينبغي تطويع اللغة التي تقدم بها المعلومات بحيث تتلاءم مع مستوى المسترشد وثقافته، كما يجب أن تكون المعارف انتقائية، وأن يتم عرضها بصورة موضوعية بحيث لا تحابي المسترشد ولا تهدده. وعلى المرشد أن يتأكد من فهم العميل للمعلومات والمعارف وتمثلها.

ونشير في نهاية الحديث عن العملية الإرشادية في النظرية الانتقائية (وجهة نظر ثورن) إلى الدور الكبير للمرشد النفسي والذي يتجلى في كونه إنسان يتمتع بالدفء والمعرفة والعلم والموضوعية والخبرة في فن ممارسة الإرشاد النفسي. وينبغي له أن يسيطر على الموقف في جميع الأوقات، وأن يكون يقظاً للأخطار المتوقعة، ومستعداً للتدخل المباشر لتجنب هذه الأخطار.

سابعاً: تقويم النظرية:

قام ثورن وغيره من رواد النظرية الانتقائية بمحاولات جريئة في عملية الإرشاد النفسي مستفيدين من نظريات متعددة وناقدين لها، بهدف تحقيق الصحة العقلية للمسترشد ليعيش حياة أكثر صحة وسعادة. وتعرضت هذه النظرية لانتقادات متعددة، وبخاصة وجهة نظر ثورن، وسنحاول الإحاطة بأهم الجوانب الايجابية فيها والسلبية.

الإيجابيات:

1. يُعتبر أسلوب ثورن أشمل أساليب إرشاد الشخصية وعلاج اضطراباتها، لأنه مبني على النسق الطبي الذي يعتبر اضطرابات الشخصية شبيهاً بالمرض الجسمي.
2. تجنب ثورن أي محاولة للعرض النظري وهو يشعر أن كل النظريات الموجودة محدودة وغير كافية، ولهذا فضّل الأسلوب الانتقائي.
3. تضمنت مناقشات ثورن للتشخيص والإرشاد كل الأساليب الرئيسة للإرشاد والعلاج النفسي، حيث إن ثورن عرض أشمل تصنيف وأكثره تفصيلات.
4. إن عمل ثورن محاولة جريئة في علم النفس حيث كان هدفها تكامل كل المعرفة النفسية في نسق شامل.
5. إن الحالات والظروف المختلفة تستدعي ألواناً مختلفة من الإرشاد، حيث يعتمد ذلك على طبيعتها وتطورها.

6. إن طرق الإرشاد النفسي متنوعة ومتمايزة في الفاعلية.
7. تجميع كل ما هو معروف في مجال تشخيص اضطرابات الشخصية وعلاجها.
8. التركيز على التشخيص كأساس للإرشاد.
9. محاولة ثورن توضيح خصائص الانتقائية في خطوات عملية.

السلبيات:

1. إن إرشاد الشخصية في هذه النظرية يهتم أساساً بالأفراد الأسوياء. ولهذا فإن تناول الحالات الشديدة للاضطراب، والحالات الذهانية يعتبر خارج إطار التعريف الخاص بإرشاد الشخصية.
2. إن نتائج ثورن قد ظهرت بصورة آراء وخبرات وليس على أساس علمي أو تجريبي.
3. إن طرق التشخيص الموضوعية لم تحظ بالمراجعة والتنقيح بدرجة تجعلها تقدم الدلائل على فاعلية استخدام المتاح منها والوقت الذي ينبغي فيه استخدامها.
4. إن مناقشة طرق الإرشاد لم تتبع النظام الذي سار عليه ثورن في التصنيف.
5. اعتماد الأسلوب غير المباشر في بداية تكوين العلاقة الإرشادية وتركه عندما يفشل أو يصبح بدون فاعلية، ولم يقدم معياراً لذلك.
6. إن محاولة ثورن التوفيق بين مدارس فكرية متعددة هي انتقائية بسيطة، لا تحقق أي قدر من الموضوعية ولا توصل إلى هدف محدد.
7. إن الأساليب المشتقة من أطر مرجعية متعارضة تميل إلى أن تكون متعارضة.
8. لم يستطع ثورن أن يوجد الطرق النوعية للمشكلات النوعية في عملية الإرشاد النفسي.

الفصل السادس

وليامسون
ووجهة نظر مينيسوتا
في الإرشاد النفسي

- مدخل.
- تعريف الإرشاد النفسي.
- طبيعة الإنسان والحياة.
- مميزات عملية الإرشاد النفسي.
- خصائص العلاقة الإرشادية.
- عملية الإرشاد النفسي.
- التقويم.

الفصل السادس
وليامسون ووجهة نظر مينيسوتا
في الإرشاد النفسي

أولاً: مدخل:

ارتبطت وجهة نظر مينيسوتا في الارشاد النفسي باسم وليامسون (Williamson E.G.) (1900) الذي عمل في جامعة مينيسوتا أربعين عاما. وقد أسهم آخرون في نمو وجهة النظر هذه مثل: بنجهام (Bengham)، دارلي (Darly)، باترسون (Paterson)، حيث يعتبر ما جاء في كتاب وليامسون ودارلي بعنوان "العمل مع الأفراد" أول تعبير عن وجهة نظر مينيسوتا في الارشاد النفسي، وكذلك كتاب وليامسون وباترسون (Paterson D. G.) بعنوان "أساليب ارشاد الطلاب"، ثم ألّف وليامسون كتابا بعنوان "إرشاد المراهقين".

لقد أسهم (Paterson D. G.) إسهاما كبيرا في وجهة النظر هذه من خلال دراساته الفروق الفردية وتطور الاختبارات النفسية، حيث عمل وطلابه ومنهم وليم سن على تقديم أساس علمي وموضوعي للتوجيه المهني معتمدا على اختبارات القدرات والاستعدادات، مما أدى إلى وضع اختبارات مينيسوتا للتقدير المهني (Minnesota Occupational Rating Scales) والتي طُبعت عام (1941). وقد هدفت هذه الاختبارات إلى تطوير أسلوب إحصائي للارشاد، تُستخدم فيه العلاقات الإحصائية والتجريبية بين خصائص طالب العمل وبين متطلبات العمل وذلك في صورة احتمالات علمية. ويعتبر مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (MMPI) من أكثر مقاييس الشخصية شهرة في مجال الإرشاد والعلاج النفسي، فهو يتكون من (566) سؤالا. والهدف من هذا المقياس هو التمييز بين مختلف الاضطرابات والأمراض النفسية من خلال إجابات الأشخاص على بنوده ب (نعم) أو (لا).

ونـذكر فيمـا يلـي بعـض الاضـطرابات والأمـراض الـتي يشخصـها هـذا المقياس: — الاكتئـاب — تـوهم المـرض — الهسـتيريا — البارانويـا (هـواجس العظمـة والاضطهاد) — الهلاوس — الفصام — الانطواء الاجتماعي وغيرها.

وقد تطورت وجهة نظر مينيسوتا مـع تطـور الاهتمـام بمشكلات أخرى غير تربوية وغير مهنية وذلك بتطور الإرشاد النفسي. وقد ذكر باترسون (1992) أن مصطلحات "تشخيص إكلينيكي" و"إرشاد إكلينيكي" أصبحت تُستخدم للدلالة على أن المرشد النفسي يعمل شيئا أكثر من مجرد إجراء الاختبارات، فهو يتعامل مع الفرد ككل.

ثانيا: تعريف الإرشاد عند وليامسون:

تطـور مفهـوم الإرشـاد واتسـع عنـد وليامسـون، حيـث انتقـل مـن الاهتمـام بالمشـكلات الخاصـة أو الصـعوبات التربويـة والمهنيـة إلى الاهتمـام بـالفرد ككـل. ونقتبس هنا بعضا من تعريفات الارشاد النفسي عند وليامسون من كتاب نظريات الإرشاد والعلاج النفسي.

التعريف الأول:

الإرشاد أحد العمليات الشخصية الفردية التي تساعد الفرد على تعلم المواد المدرسـية وسمـات المواطنـة والقـيم الاجتماعيـة والشخصـية والعـادات والمهـارات والاتجاهات والاعتقادات التي تصنع الكائن المتوافق السوي.

التعريف الثاني:

الإرشـاد مسـاعدة فرديـة شخصـية مـأذون بهـا لتنميـة المهـارة في تحقيـق فهـم الذات فهما مستنيرا اجتماعيا.

التعريف الثالث:

الإرشاد نوع فريد من العلاقة الإنسانية القصيرة الأمد بين مرشد أمين على قدر من الخبرة في مشكلات النمو الإنساني وطرق حلها، وبين عميل يُواجه صعوبات بعضها واضح وبعضها غير واضح، وذلك في طريق اكتسابه ضبط الذات وتوجيهها نحو النمو.

التعريف الرابع:

الإرشاد طريقة لتسهيل حاجة الإنسان إلى تحقيق هويته وكفاحه من أجل فهم ذاته والتعبير عن طموحاته.

وكما نلاحظ من هذه التعاريف أن وليم سن يهتم بالنمو الكلي للفرد من خلال النمو التربوي والمهني وفهم الذات، مستندا في ذلك إلى الفلسفة التربوية لوجهة نظر مينيسوتا في الإرشاد النفسي والتي تُركز على الاهتمام بالإنسان ككل وبقيمه وعقله وانفعالاته في إطار البيئة المحيطة.

ثالثاً: طبيعة الإنسان والحياة:

هناك خمسة أسئلة رئيسة ينبغي على المرشد النفسي أن يجيب عليها، وتكون هذه الإجابة مؤقتة ويُعاد النظر فيها بصفة مستمرة، ويتعلم من خلال ذلك العيش مع علامات الاستفهام. (باترسون، 1992، 42 – 43).

س1: ما هي طبيعة الإنسان؟

الإنسان كائن اجتماعي عاقل لديه القدرة على أن يفكر ويستخدم العلم لتنمية ذاته وتقدم مجتمعه. وأن المعنى الحقيقي لوجود الإنسان هو تحقيق الذات، بأسلوب محكم يحقق الانجاز والرضى. وعلى المرشد النفسي أن يكون متفائلا بالإنسان والتربية، ولكن عليه أن يتذكر أن الإنسان قد وُلد على هذا الكون ولديه

بعض الإمكانات للخير وبعضها للشر، وأن معنى الحياة أو جوهرها هو السعي من أجل الخير والابتعاد عن الشر أو ضبطه على الأقل، وهذا الضبط المستنير للذات يحقق إنسانية الإنسان. كما أن هدف التربية هو تحقيق الخير وتقليل إمكانات الشر.

س2: ما هي طبيعة النمو الإنساني؟

إن الإنسان غير قادر بذاته على النمو الإنساني، ولكنه يستطيع تحقيق ذاته واستثمار إمكانياته من خلال العلاقة التبادلية بين الفرد والمجتمع. أي أن الذات الإنسانية تتحقق من خلال وجودها الحقيقي في البيئة.

س3: ما هي طبيعة الحياة الجيدة؟

إن الإجابة عن هذا السؤال ليست سهلة، وهي مشكلة قائمة بذاتها على مر الأجيال، ولهذا فإن أحد أبعاد طبيعة الحياة الجيدة هو تحقيق الامتياز في جميع مظاهر النمو الانساني.

س4: من الذي يحدد ما هي طبيعة الحياة الجيدة؟

يبرز هنا دور المرشدين والمدرسين والأولياء في محاولة تحديد شكل الحياة الجيدة، ولكن دون إعاقة بحث الطلاب لطبيعة الحياة الجيدة. وقد يبدو أن البحث في حد ذاته يُعتبر الشكل الجيد للحياة.

س5: ما طبيعة الكون؟

إن كل مرشد أو طالب، وبالتالي كل إنسان يصوغ مفهومه أو تصوره الشخصي للكون وعلاقته بهذا الكون.

رابعاً: مميزات عملية الإرشاد النفسي حسب طريقة وليامسون:

1. قامت في أحضان برنامج خدمات الطلاب في الجامعة.
2. الجمع بين الخلفية المهنية والموقع التربوي.
3. الاهتمام بمرحلة المراهقة والشباب.
4. إن الهدف الأساسي للتربية ليس تدريب العقل، وإنما مساعدة الطلاب على اكتساب المستويات الاجتماعية والنضج الانفعالي الذي يتفق مع إمكاناتهم.
5. ارتباط الإرشاد بالتعليم في برنامج موحد بهدف مساعدة كل فرد في تحقيق أهدافه.
6. إن أهداف التربية وأهداف الإرشاد واحدة وهي تحقيق النمو المتكامل للفرد.
7. تعتبر طريقة عقلية منطقية في أسلوبها الإرشادي.
8. اعتبار الشخصية هي القيمة العليا في الحياة.
9. الاهتمام بالفرد ككل.
10. الإرشاد أسلوب هام لمساعدة الفرد على تحصيل نمط من الحياة مقبول له ومتفق مع موقعه كمواطن في مجتمع ديمقراطي.
11. اهتمام الإرشاد بالتفاعل بين الشخصية من جهة، والثقافة المحيطة من جهة أخرى.
12. الإرشاد النفسي أوسع مجالا من العلاج النفسي الذي يهتم بصراع الذات وردود الأفعال أكثر من اهتمامه بالسلوك الفعلي في المواقف الاجتماعية.
13. الإرشاد النفسي ليس علاجا نفسيا، بل يقوم بعملية تكامل بين التوجيه التربوي والمهني وبين ديناميات الشخصية والعلاقات التفاعلية.
14. من الصعب التفريق بين الارشاد والعلاج النفسي بسبب التداخل بين الاثنين، ويظهر الفرق بينهما من حيث الأسلوب الذي يُستخدم في كل منهما، ففي حين يهتم الإرشاد بالانفعالات في المجال التربوي والمهني، نجد أن العلاج النفسي يهتم بالمرضى النفسيين والعلاج الطبي للاضطرابات.
15. استخدام الطريقة العلمية في الإرشاد، وذلك بالاعتماد على القياس والاستنتاج.

ونلاحظ هنا أن طريقة وليامسون تهتم بالفرد ككل وبأهمية التربية والتعليم وارتباط ذلك بعملية الإرشاد، إلا أن ربطه الإرشاد بالتعليم بشكل مباشر يُعّبر عن الثقة المحدودة في قدرة المسترشد على حل مشاكله من غير تعليم مباشر أو توجيه، كما هي في الطبيعة المتغيرة لطريقة وليم سن في الإرشاد تجعل من الصعب إبرازها بصورة متكاملة في الارشاد النفسي.

ويرى (باترسون) أن اهتمامات وليامسون تنصب على طبيعة التساؤلات المتعلقة بالنظريات والفروض الحالية أكثر من إبراز وجهة نظر منسقة، حيث يُوضح وليامسون في كتاباته الأخيرة أن هناك ثلاثة أبعاد رئيسة للنظرية حول طبيعة الإرشاد وهي:

- الهدف الرئيسي للإرشاد في علاقته بالنمو الانساني.
- الطرق أو الوسائل الموصلة إلى تحقيق هذا الهدف النهائي.
- الفروض أو التعميمات الضرورية الضمنية عن طبيعة الإنسان ونموه،وأثر عملية الإرشاد وأساليبه عليها (باترسون، 1992، 33).

خامسا: خصائص العلاقة الارشادية:

إن هدف الإرشاد النفسي وفق وجهة نظر مينيسوتا مساعدة المسترشد على النمو المتكامل لجميع جوانب شخصيته، كما أن وظيفة الإرشاد مساعدة المسترشد على الكفاح من أجل أكمل حياة ممكنة. ومن خلال الاطلاع على وجهة نظر مينيسوتا وبخاصة طريقة وليامسون، نستطيع تحديد أهم خصائص العلاقة الإرشادية بما يلي:

- الإيمان بخصوصية كل فرد في شبكة العلاقات مع الأفراد الآخرين.
- الاختيار الذاتي للعلاقة الإرشادية، أي توافر الرغبة عند المسترشد، ويكون دور المرشد هنا تكوين الدافع إلى الإرشاد عند المسترشد الذي يشعر بالحاجة إلى الإرشاد.

- تبدو العلاقة الإرشادية محايدة، إلا أنها تتأثر بقيم الشخص وقيم المجتمع الذي يعيش فيه المرشد والمسترشد. وبذلك نجد أن المرشد النفسي في المدرسة منحازاً إلى القيم التربوية والاجتماعية السائدة في المؤسسة التربوية وفي المجتمع.
- التأكيد على الاهتمام بالفرد ككل، والاهتمام بالقيم اهتماماً لا يقل عن الاهتمام بالجانب العقلي.
- الإرشاد علاقة تفكيرية تستخدم العقل لمواجهة مشكلات النمو الإنساني، إلاّ أن طرق استخدام الإرشاد كعملية عقلية وكعلاقة وجدانية تبقى موضع بحث. "إن الانفعالات قد تصطدم بالتعقل وربما تحتاج إلى أن يتم التعامل معها من قبل أن يكون التفكير الصافي ممكناً. ولكن لا ينبغي أن يتوقف الإرشاد عند هذه النقطة، فالإرشاد يبدأ في الحقيقة عند حالة من الشعور يكون فيها الفرد قادراً على استعمال قواه العاقلة لفهم نفسه" (باترسون، 1992، 40).
- الحفاظ على كرامة المسترشد في أثناء عملية الإرشاد، وكذلك احترام قيمه. وهذا مبني على المعرفة بالكفاح اللانهائي للإنسان لكي يحقق إنسانيته الكاملة.

العلاقة بين المرشد والمسترشد علاقة تعليمية، حيث يساعد المرشد المسترشد بالحصول على المعلومات ويناقش معه الاختيارات والبدائل للوصول إلى اتخاذ القرار لحل المشكلة.

- لا ضغط أو إكراه للمسترشد من قبل المرشد في اختيار قراره.
- أن تقوم العلاقة الإرشادية على المودة والألفة، وأن يشعر المسترشد بالارتياح والطمأنينة.
- إن التخلص من الصراعات النفسية يُعتبر علاجا نفسيا، أما مساعدة المسترشد على مواجهة المشكلات واتخاذ القرار بشكل عقلاني فيُعتبر إرشاداً نفسياً.
- أن تكون العلاقة الإرشادية طريقاً لتسهيل حاجة الإنسان إلى تحقيق هويته وكفاحه من أجل فهم ذاته والتعبير عن طموحاته.

سادساً: عملية الإرشاد النفسي:

نشأت طريقة وليامسون في الإرشاد النفسي في وسط تربوي، وهذا ما أثر على مفهوم العلاقة بين المرشد والمسترشد، فالتفاعل بينهما نفس التفاعل بين المعلم والمتعلم، ويظهر دور المرشد واضحا في مساعدة المسترشد على تعلم فهم ذاته والتعرف على دوافعه وقدراته وميوله وتقويمها ليتعدل سلوكه الحالي بسلوك أكثر ملاءمة، حتى يستطيع أن يحقق أهدافه المرغوبة. أما دور المسترشد فهو أن يتعلم كيف يفهم ذاته ويستخدم عقله ليصحح استجاباته أو يغيرها حتى يحقق حياة سعيدة.

يعتبر وليامسون أن إحدى الوظائف الرئيسة للإرشاد، وخاصة المقابلة الإرشادية، مساعدة الطلاب على تعديل المهارات الذاتية والممتلثة بالأخطاء، والخاصة بالتقدير الذاتي لإمكاناتهم وطموحاتهم ومفهوم الذات لديهم بمساعدة الطريقة العلمية للتعرف على الحقائق. وقد رأى وليم سن توازياً بين تقويم الذات وبين استخدام الطلاب الطريقة العلمية لديوي (Dewey) لتمييز الحقيقة من غيرها من خلال المواد العلمية (الدراسية) في غرف الصف. وفي كلا الموقفين سواء في المقابلة الإرشادية أو في الصف نساعد الطلاب ليتعلموا الطرق العلمية للاكتشاف والفهم والمعرفة. ففي المقابلة يكون استكشاف المعرفة الخاصة بالذات هي المادة التعليمية، وفي غرف الصف نستفيد من المادة الخام للملاحظات العلمية المتصلة بالظواهر الطبيعية. (باترسون، 1992) (الشناوي، 1994).

ومن خلال تركيز وليامسون على المقابلة الإرشادية يذكر أربعة استخدامات لها وهي:

1. جمع المعلومات الضرورية حول المسترشدين.
2. تقويم الإمكانات.
3. علاج المشكلات.
4. مساعدة الأفراد على تحقيق إمكاناتهم بصورة كاملة وفي جميع المجالات.

وتبدو المقابلة الإرشادية هنا على أنها نوع خاص من العلاقات الشخصية الداخلية أو العلاقات الإنسانية الخيّرة من أجل رعاية المسترشد. إنها نوع من العلاقة التي تُنمي الدافع لدى المسترشد لكي يحقق ذاته في صورتها الكاملة. وقد ذكر (باترسون) ثمانية ملامح لهذه العلاقة وهي:

1. المقابلة الإرشادية مقابلة فردية، أي علاقة فرد بآخر.
2. وهي شخصية بدرجة عالية.
3. علاقة مساعدة، يأخذ المرشد فيها دور المساعد أو المسؤول عن رعاية الطالب.
4. علاقة نمائية تتطلع إلى المستقبل.
5. تتمركز المقابلة الإرشادية حول الحياة، أي أنها تركز على نمو الفرد من حيث مفهومه عن ذاته أو إدراكه لذاته.
6. المقابلة الإرشادية ذات جو وجداني، ولها عناصر انفعالية لا ينبغي حذفها، بل إنها تستخدم كقوى دافعة.
7. تؤكد العلاقة الإرشادية على قيمة الفرد وكرامته كشخص له حقه الذاتي. ومثل هذا الاتجاه يخلق لدى العميل دافعا نحو تنمية إمكاناته بصورة كاملة.
8. تركز المقابلة الإرشادية الانتباه وتوجه الجهد نحو قدرة الإنسان على التفكير وحل المشكلات بالوسائل العقلية. إنها تدريب تفكيري ليس فقط للتخلص من مشكلات اليوم، ولكنها محاولة جريئة لاستخدام العقل من أجل الذات. (باترسون، 45،1992).

إن نظرة وليامسون إلى مفهوم الإرشاد كنوع من استخدام العلم أو الحقائق الموضوعية أو المعرفة لحل مشكلات الفرد، يؤثر في طبيعة عملية الإرشاد وفي العلاقة الإرشادية. فالإرشاد عملية يساعد فيها المرشد المسترشد على أن يختار ويقرر وينمي بعض القيم دون ضغط أو اكراه. وإذا كان هناك عناصر انفعالية فيجب التعامل معها، ولكن هذا ليس نهاية الإرشاد.

فالإرشاد ممتد بعد معالجة العناصر الانفعالية باستخدام الأسلوب العقلي لحل المشكلات الخاصة التي تواجه المسترشد.

لقد وضع وليامسون ودارلي في عام 1937 قائمة من ست خطوات لعملية الإرشاد الاكلينيكي، وكرر وليامسون القائمة عام 1939 وكذلك عام 1950، كما وردت في كتابه "عمل المرشد الاكلينيكي"، وهذه الخطوات هي:

1. التحليل Analysis
2. التركيب Synthesis
3. التشخيص Diagnosis
4. التنبؤ Prognosis
5. الإرشاد Counseling
6. المتابعة Follow – up

ونلاحظ في هذه القائمة أن الخطوة الخامسة سُميت الإرشاد، مع أن كل الخطوات تمثل عملية الإرشاد. وإن الخطوات الأربع الأولى لعملية الإرشاد يُقصد بها الإعداد للمقابلات الإرشادية أو للعلاج، كذلك يمكن للإرشاد أن يبدأ بمعالجة بعض المشكلات في نفس الوقت الذي يتم فيه التحليل أو التشخيص لمشكلات أخرى. ولهذا نجد أن وليامسون يوضح ذلك من خلال الممارسة العيادية، حيث إن المرشد يستخدم أسلوبا مرنا بدلا من تقيده بتتابع الخطوات، فالتتابع قد لا يسير طبقا لما ورد في القائمة، فقد يحدث تداخل بينها. وكل خطوة تعتمد على الخطوات الأخرى، وهذه الخطوات الست مشتقة من طريقة اكلينيكية ذات طبيعة علمية، أكثر منها علاجية.

ونظرا لأهمية هذه الخطوات فإننا سنحاول شرحها (بتصرف عن باترسون، 1992، 50 – 57) وذلك لتحقيق الفائدة منها:

1. التحليل:

الذي يهدف إلى فهم الطالب في ضوء المتطلبات الخاصة بتكيفه في الحاضر والمستقبل. ويشمل التحليل جمع المعلومات والمادة العلمية عن الطالب والتي يتحقق لها الثبات والصدق، ليُشخص من خلالها القدرات والميول والدوافع والصحة البدنية والتوازن الانفعالي وغير ذلك من الخصائص التي تسهل أو تعرقل التوافق السليم في المدرسة أو في ميدان العمل. وهناك ست أدوات للتحليل:

- السجلات المجمعة.
- المقابلة.
- جدول توزيع الوقت.
- المذكرات الشخصية.
- سجلات الحكايا والقصص.
- الاختبارات النفسية.

وتعتبر دراسة الحالة أداة للتحليل، فهي طريقة لتحقيق التكامل بين ألوان المادة المتجمعة، كما تشتمل على سجل كامل لتاريخ الأسرة والتاريخ الصحي والتربوي والمهني وتاريخ العمل والميول الثقافية والترفيهية والعادات. كما أن المقابلة لا ينبغي أن يُساء استخدامها في جمع المعلومات الروتينية التي يمكن أن تثير قلق الطالب وتجعله يتردد في العودة إلى الإرشاد. ولتجنب هذا الخطر وخاصة في الإرشاد التربوي والمهني، فإن كثيرا من المرشدين يطلبون من الطالب أن يملأ بعض القوائم واستمارات دراسة الحالة قبل عقد المقابلة. وتقدم هذه القوائم والاستمارات للمرشد بعض المادة أو المعلومات عن خلفية الطالب وعن تصوره المبدئي للمشكلة وأسبابها. وبفحص هذه المعلومات قبل رؤية الطالب يستطيع المرشد أن يفهم نفسيته بصورة أفضل، ويبدأ معه المقابلة من النقطة التي تحتل تفكيره.

إن المعلومات المجمعة عن الطالب تساعد المرشد على فهم اتجاهات الطالب وافكاره، مما يسهم في تصحيح التصورات الخاطئة في الوقت الذي يُعد فيه لعقد المقابلة الإرشادية. وينبغي على المرشد أن يصنع أكثر من ذلك، فيندمج هو والطالب في عملية تحليل تهدف إلى تصحيح تصورات الطلاب وآبائهم وميلهم إلى التسوية في الوزن والأهمية بين الاتجاهات والميول غير المعقولة وبين ما تكشف عنه أساليب التحليل الموضوعي. ويرى وليامسون أن هذه الأساليب التحليلية ضرورية للمرشد والطالب إذا كانا يريدان الوصول إلى تشخيص، وإذا كان يُراد للإرشاد أن يحقق تقدما ملائما ومُرضيا.

2. التركيب:

يعتبر التركيب الخطوة الثانية في عملية الإرشاد إلا أن وليامسون لم يُعطه اهتماما أكثر من مجرد تعريفه بأنه تلخيص وتنظيم المادة المتجمعة من عملية التحليل بأسلوب يُظهر ما لدى الطالب من ايجابيات ووجوه ضعف وتكيف وسوء تكيف. ولم يُعط التركيب مساحة أكبر في كتابة وليامسون ودارلي، ويبدو أن التركيب مقصود به مجرد ترتيب وتنظيم المادة التي جمعت من أجل التحليل ووضعها في صورة تجعلها مفيدة في الخطوة التالية.

3. التشخيص:

إن جمع وتلخيص المادة يقدم ما يلزم للتشخيص. ويشتمل التشخيص على تفسير للمادة المتجمعة في صورة مشكلات، وكذلك في صورة ايجابيات وسلبيات لدى الطالب. ويشتمل التشخيص على ثلاث خطوات رئيسة هي:

- التعرف على المشكلة: وهذه خطوة وصفية في طبيعتها.
- اكتشاف الأسباب، وهذا يتطلب البحث عن العلاقات، وبحث الماضي والحاضر، وبحث الامكانات وغيرها، مما يساعد على فهم أسباب الأعراض.

4. التنبؤ:

إن الحذر ضروري في التشخيص، وينبغي أن يتجنب المرشد القفز إلى الاستنتاجات، ومهما يكن من أمر ينبغي للمرشد ألا يفشل في عمل التشخيص بسبب عدم وجود اليقين. فالتشخيص يُحتمل تعديله أو رفضه خلال الإرشاد، وتقديم بديل له، ثم محاولة اختبار صحة هذا البديل خلال عملية الإرشاد كذلك. كما ينبغي أن يُوضع في الاعتبار أنه في كثير من الحالات يكون النجاح في الإرشاد أمرا غير ممكن حتى لو كان التشخيص صحيحا، وذلك بسبب طبيعة المشكلة والظروف الأخرى المحيطة بها. ويُعتبر التشخيص المبدئي من أنشطة المرشد، إلا أنه لا يقوم به منفردا. فالتشخيص عمل تعاوني، يتم انجازه مع المسترشد الذي يتقلد مسؤولية فهم نفسه بقدر ما تسمح به قدراته الذكائية ورغبته في أن يقوم بذلك. وعندما يعجز المسترشد، فإن المرشد يتقلد المسؤولية، في الوقت الذي يساعد فيه المسترشد على الوصول إلى مرحلة تحمل المسؤولية تجاه نفسه.

اعتبر وليامسون أن التنبؤ إحدى عناصر التشخيص، إلا أنه يرى أنها خطوة منفصلة في العمل الاكلينيكي، وخاصة عندما لا يوجد بحث سابق أو خبرة توضح نتيجة المشكلة أو الحالة. أما إذا كانت النتيجة معروفة فإن التنبؤ يندرج داخل التشخيص. ويلاحظ أنه بينما يرتبط التشخيص بالماضي والحاضر، فإن التنبؤ مرتبط بالمستقبل، وإن امكانية التغير وسهولته ينبغي أن تُؤخذ في الاعتبار في عملية التنبؤ.

5. الإرشاد:

يُعتبر أحد خطوات العمل في خدمة الأفراد، والذي فيه يساعد المرشد المسترشد على استثمار مصادره الذاتية ومصادر المؤسسة التي يعمل فيها، والبيئة المحيطة به لكي يحقق التكيف الأمثل الذي يقدر عليه. ويشمل مصطلح الإرشاد ما يلي:

أ. العلاقة التي يمكن الإشارة إليها بأنها علاقة تعليم موجه نحو فهم الذات.

ب. يشمل أنواعا معينة من التدريب الذي يرغبه الفرد ويحتاج إليه تكيفه للحياة ولتحقيق أهدافه الشخصية.

ج. قد يشمل الإرشاد بعض المساعدات الشخصية التي يقدمها المرشد للمسترشد لكي ينمي مهارة معينة في استخدام المبادئ والأساليب اللغوية العامة في حياته اليومية.

د. يشمل الإرشاد الأساليب والعلاقات التي تعتبر علاجية في طبيعتها.

ه. يشمل الإرشاد إعادة بعض أشكال التربية والتي تتبع عادة عملية التفريغ العلاجي.

وقد أعطى ولیامسون اهتماما متميزا للإرشاد العلاجي. ولكن الإرشاد أكثر من مجرد علاج نفسي، إنه طريقة أكثر عمومية للتكيف مع الحياة، وهو محاولة لمساعدة المسترشدين لإعدادهم لمواجهة مواقف التكيف، قبل أن يصبحوا مستغرقين في صراعات ذاتية تستدعي علاجا نفسيا أكثر تعقيدا وأكثر عمقا.

6. المتابعة:

تحظى هذه الخطوة باهتمام كبير من وليامسون، وهي تشمل ما يفعله الاكلينيكيون لمساعدة المسترشدين على مواجهة المشكلات الجديدة أو المشكلات القديمة، وتشمل ما يتم فعله لتقرير فاعلية الإرشاد.

سابعاً: تقويم النظرية:

يواجه نقد طريقة وليامسون صعوبات متعددة، ويعود هذا إلى الطبيعة المتغيرة لهذه الطريقة، وغموض بعض مصطلحاتها. وقد اعترف الناقد المتميز باترسون بأنه لم يكن في كثير من النقاط قادراً على أن يوضح وجهة نظر وليامسون. لأن وليامسون نادراً ما يتخذ موقفاً واضحاً، كما أنه أحياناً يتخذ

مواقف مختلفة باختلاف كتبه، وقد يرجع ذلك إلى الاستخدام غير الدقيق للنصوص والمصطلحات. (باترسون، 1992، 90).

إن وليامسون ووجهة نظر مينيسوتا استخدموا الطريقة العلمية في الإرشاد النفسي من خلال جمع مادة موضوعية عن المسترشد ثم تركيب هذه المادة وتلخيصها في صورة تشخيص ثم استخلاص النتائج وتخطيط برنامج عمل معتمداً على المادة العلمية. ويتجنب المرشد النفسي أي ضغط على المسترشد في اختياراته وقراراته، بل يساعده في الوصول إلى ذلك لحل المشكلة عن طريق العقل. وهذا يعني التأكيد على حل المشكلة عن طريق العقل ولكن دون إهمال تأثير الانفعالات في ذلك.

يميز وليامسون بين الإرشاد والعلاج النفسي رغم التداخل بينهما، فالاهتمام بالانفعالات وقيادة المسترشد نحو التخلص من الصراعات النفسية، ونحو فهم الذات أو الشعور بمشاعر أفضل يعتبر علاجاً نفسياً، أما الإرشاد فيذهب إلى أبعد من فهم الذات، ويحاول مساعدة المسترشد على مواجهة المشكلات الخارجية واتخاذ القرارات. ولكن هذا التمييز بين الإرشاد والعلاج على أساس عقلاني وانفعالي فقط غير مقبول. وقد لاحظ وليامسون هذا التداخل حيث وضّح أن المرشد في العلاج النفسي يكون سلبياً وأقل نشاطاً حين يعالج مشكلات تربوية أو مهنية، مما هو في الإرشاد النفسي.

إن طريقة وليامسون في الإرشاد النفسي طريقة تعليمية مباشرة، حيث لا يستطيع المسترشد حل مشكلاته من غير تعليم وتوجيه من المرشد. وقد يرجع سبب اعتقاد وليامسون بذلك إلى البيئة التربوية التي نمت فيها طريقته، وقد شاهد في هذه البيئة بعض الطلاب غير الناضجين والذين لا يعتمدون على أنفسهم. وبالطبع إن الأنظمة التربوية غالباً ما تشجع الاعتماد على الآخرين من خلال مناهجها وطرائق تدريسها، ولكن ذلك ينعكس على عملية الإرشاد النفسي. فعندما يأتي طالب إلى الإرشاد، فإن لديه تصوراً مسبقاً بالاعتماد على غيره لحل مشكلته. ولكن

ذلك غير مقبول بكليته في عملية الإرشاد النفسي، ولا تتحقق أهداف الإرشاد التي نسعى إليها.

ذكرنا اهتمام وليامسون بالمادة الموضوعية والاختبارات وعلى الاستخدام العقلي لها في عملية الإرشاد، وهذا أمر جيد، ولكن ألا نجد في ذلك إهمالا للانفعالات والوجدان وردود الأفعال لدى المسترشد ؟ ونجد الجواب في وجهة نظر وليامسون، أنه في حال اصطدام عملية الإرشاد بالعناصر الانفعالية والوجدانية فيُحول المسترشد إلى العلاج النفسي للتغلب على ذلك. ويشير باترسون (1992) إلى أن المظاهر الانفعالية والوجدانية للإرشاد أخذت اهتماماً أكبر في كتابات وليامسون المتأخرة، ومع ذلك مازالت طبيعة الإرشاد القائمة على الأسلوب العقلي وحل المشكلات والتعليم هي الأساس لديه. ولازال الفصل قائماً بين ما هو عقلي وما هو انفعالي، حيث يتصدى الإرشاد لما هو عقلي كما يتعامل العلاج مع ما هو انفعالي.

وبالرغم من وجود خطوات لعملية الإرشاد عند وليامسون، ولكن القصور الواضح فيها يتجلى في عدم وجود تحليل دقيق وأسلوب منظم للإرشاد، حيث لا توجد مبادئ عامة ولا تقنيات للإرشاد وإنما يعتمد ذلك على شخصية المسترشد، وخاضع للمحاولة والخطأ. وهذا ما يجعل التناقض واضحاً عند وليامسون الذي حاول أن يكون الإرشاد موضوعياً وعلمياً من جهة، ويعتمد على المحاولة والخطأ من جهة أخرى.

وأخيراً: يبدو أن هذه الطريقة في الإرشاد والعلاج النفسي محدودة وغير كافية، ولكنها وضّحت أموراً كثيرة وحفّزت الباحثين في نظريات الإرشاد النفسي إلى المزيد من البحث والابتكار.

الفصل السابع

النظرية العقلانية الانفعالية

Rational Emotive Therapy

- مدخل.
- أهم أفكار النظرية.
- أهداف النظرية.
- عملية الإرشاد النفسي.
- النظرة إلى الاضطراب النفسي.
- الأساليب والتقنيات المستخدمة.
- تقويم النظرية.

الفصل السابع

النظرية العقلانية –الانفعالية

Rational Emotive Therapy

أولاً: مدخل:

تنبه الفلاسفة اليونانيون منذ القدم إلى أن الطريقة التي تدرك بها الأشياء وليس الأشياء نفسها هي التي تسم سلوكنا وتصفه بالاضطراب أو السواء. وفي هذا الصدد يقول (ابيقور) لا يضطرب الناس من الأشياء ولكن من الآراء التي يحملونها عنها. (إبراهيم، 1994). ومن أهم العلماء الذين ينسبون إلى هذه النظرية ألبرت إليس: Albert Ellis المولود عام 1913 في مدينة بتسبرغ في ولاية بنسلفانيا الأمريكية وهو اكبر أخويه سنا. عانى إليس في بداية حياته من إهمال أبيه وأمه، كان أبوه رجل أعمال حقق نجاحات ضئيلة وانشغل بأعماله عن أبنائه، وأمه أيضا كانت لا تهتم به وبإخوته، وبذلك اضطر إلى تحمل المسؤولية وتربية إخوته. كما عانى أيضا من عدة أمراض منها مرض الكلى، والتهاب اللوزتين، بالإضافة إلى خجله الزائد في التكلم أمام الآخرين في فترة المراهقة ولكنه استطاع التخلص من هذه المشكلات فيما بعد.

حصل على درجة الماجستير في علم النفس الإكلينيكي من جامعة كولومبيا 1943 وعلى الدكتوراه عام 1947، حيث قرر أن يعمل بالتحليل النفسي. وفي بداية الخمسينات بدأت قناعة إليس وثقته بالتحليل النفسي في الهبوط مما دفعه إلى البحث عن طريق له في المدرسة الفرويدية الحديثة، ومنها بدا بحثه الموجه بالتحليل إلا انه لم يشعر بالرضا عن هذه المدارس العلاجية وأصبح أكثر ميلا لكل حركة جديدة في العلاج النفسي، فزاد اهتمامه بنظرية التعلم والاشراط واكتشف أن سلوكيات مرضاه ليست نتيجة مطلقة للتعلم والاشراط، وإنما بدا له أن سلوكهم نتيجة للاستعدادات الاجتماعية البيولوجية للإبقاء على أفكار أو اتجاهات منطقية.

وفي عام 1954 بدأ إليس طريقه نحو أسلوب منطقي للعلاج النفسي وقد كتب عن أسلوبه الجديد في العلاج النفسي في سلسلة من المقالات منذ العام 1962 عندما نشر كتابه عن السبب والانفعال في العلاج النفسي. (إبراهيم، 1994).

يعتبر إليس من الناشطين في حركة الإرشاد والعلاج النفسي، وله أكثر من 500 مقال ومجموعة من الأشرطة والأفلام المسجلة وحوالي 47 كتابا، كما عمل مستشارا للتحرير في عدة مجلات علمية، وأسس معاهد متعددة لتدريب الباحثين وإجراء البحوث في مجال الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا واستراليا وغيرها. كما حصل على مجموعة من الجوائز في مجال الدراسات النفسية.

تركز النظرية العقلية الانفعالية على الجانب السلوكي والعقلي وتقوم فلسفتها على أن التفكير والانفعال والسلوك تتداخل فيما بينها في علاقات السبب والنتيجة المتبادلة.

وتفترض هذه النظرية أن التفكير يقرر السلوك، أي أن المشكلات التي يمر بها الأفراد تعزى إلى الطريقة التي يفسرون بها الأحداث والمواقف، وكذلك تفترض هذه النظرية أن الناس يولدون ولديهم أفكار عقلانية وأخرى غير عقلانية. وهذا التفكير غير العقلاني وغير المنطقي ينشأ من خلال التعلم غير المنطقي المبكر الذي يكتسبه الفرد من والديه ومن المجتمع. كما أن الاضطراب الانفعالي والنفسي نتيجة للتفكير غير العقلاني وغير المنطقي، وإن حالة الاضطراب هذه لا تتقرر بفعل الظروف والأحداث الخارجية التي تحيط بالفرد فقط، وإنما تتحدد أيضاً من خلال ادراكات الفرد لهذه الأحداث واتجاهاته نحوها.

وترى هذه النظرية أنه ينبغي مهاجمة وتحدي الأفكار والانفعالات السلبية، وذلك بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقياً وعقلانياً. وهدف الإرشاد النفسي هو أن يوضح المرشد للمسترشد أن حديثه مع ذاته المصدر

الأساسي للاضطراب الانفعالي، وأن يبين له أن هذه الأحاديث الذاتية غير منطقية، وأن يساعده على تعديل تفكيره ليصبح أكثر عقلانية.

ثانياً: أهم أفكار النظرية:

إن الأفكار اللاعقلانية هي الأفكار غير المنطقية وغير الواقعية والمطلقة، وهي تقف عائقاً أمام تحقيق الفرد لأهدافه، وتقود إلى الاضطراب النفسي. وقد حدد إليس مجموعة من الأفكار اللاعقلانية التي وجدها أكثر الأفكار سيطرة على بعض الناس، وتؤدي بهم إلى الاضطراب النفسي وهذه الأفكار هي:

الفكرة الأولى: من الضروري ان يكون الشخص محبوبا ومقبولا في بيئته ومن قبل كل المحيطين به:

هذه الفكرة ادعاء غير عقلاني لأنها تتعلق بهدف غير قابل للتحقق والذي سيحاول تحقيقه سيغدو اقل إحساسا بالأمن واقل تقديرا للذات، لأن إرضاء الناس غاية لا تُدرك. فمن المستحسن أن نحب، ولكن من المنطقي أن لا يضحي الشخص بكل اهتماماته من اجل هذا الهدف وإنما يحاول أن يكون لطيفا ومنتجا، وبهذه الطريقة يعبر عن رغبته في أن يحب.

الفكرة الثانية: ينبغي أن يكون الشخص على درجة عالية من الكفاية والمنافسة والانجاز حتى يمكن اعتباره جديراً بكل شيء:

إن هذه الفكرة صعبة التحقيق، وإذا أصر الفرد على تحقيقها فقد يؤدي به ذلك إلى الاضطرابات النفسية والجسمية، والى الشعور بالنقص والعجز والى فقد الثقة بالنفس والى الحرمان من الاستمتاع بالحياة الشخصية. ويؤدي ذلك بالتالي إلى الشعور الدائم بالخوف من الفشل. أما الشخص العاقل فيجتهد في فعل الأفضل لذاته لكي يستمتع بالنشاط كغاية في ذاته وليس من اجل نتيجة.

الفكرة الثالثة: بعض الناس يتصفون بالشر والنذالة والجبن ولذلك فهم يستحقون اللوم والتوبيخ والعقاب:

هذه فكرة غير عقلانية لأنه ليس هناك معيار مطلق للصواب والخطأ، فالأعمال الخاطئة أو غير الأخلاقية قد تكون نتيجة للغباء أو الجهل أو الاضطراب النفسي، وكل انسان معرض للسقوط وارتكاب الأخطاء، والعقاب والتعنيف لا يؤدي بالضرورة إلى تحسين السلوك، فغالبا ما يؤدي العقاب واللوم إلى سلوك أسوأ أو إلى اضطراب انفعالي أشد. والشخص العاقل هو الذي لا يلوم نفسه ولا يلوم الآخرين وإذا لامه الآخرون فانه يحاول ان يصحح سلوكه إذا كان خطأ، ويتحمل تبعاته، ولكنه لا يعد ذلك كارثة ولا يؤدي به إلى الشعور بعدم الأهمية. فإذا تأكد له أنه غير خاطئ فانه يدرك أن لوم الآخرين له دليل على اضطرابهم هم، وإذا وجد الآخرين يخطئون فانه يحاول أن يفهمهم، وإذا أمكن فانه يحاول ان يساعدهم على التوقف عن الخطأ.

الفكرة الرابعة: من النكبات المؤلمة أن لا تسير الأمور على غير ما يريد الفرد لها:

وهذه الفكرة غير منطقية، لأنه من الطبيعي أن يتعرض الفرد للإحباط، ولكن من غير الطبيعي أن ينتج عن هذا الإحباط حزن شديد ومستمر، وعلينا قبول الإحباط كأمر عادي، ويعود ذلك للأسباب التالية:

1. لا يوجد سبب لاختلاف الأشياء عما هي عليه في الواقع.
2. إن الشعور بالهم والحزن نادراً ما يغير من الموقف الحالي، بل قد يزيده سوءاً.
3. إذا كان من المستحيل فعل شيء إزاء الموقف فالشيء المنطقي الوحيد هو ان نتقبل الموقف.
4. ليس من الضروري أن يؤدي الإحباط إلى الاضطراب الانفعالي، طالما أن الفرد لم يحدد الموقف بصورة تجعل الحصول على الرغبات ضروريا لتحقيق

السعادة والرضى. وينبغي أن يتجنب الشخص العاقل المبالغة في تصوير المواقف غير السارة وان يعمل بدلا من ذلك على تحسينها أو تقبلها.

الفكرة الخامسة: تنتج التعاسة عن ظروف خارجية لا نملك القدرة على التحكم فيها:

وهذه الفكرة (من وجهة نظر إليس) غير منطقية، حيث إن القوى والأحداث الخارجية تشكل في مظهرها عدوانا على الإنسان وتهديدا لأمنه الا انها تكون عادة ذات طبيعة نفسية.

فالأشياء الخارجية قد لا تكون مدمرة بذاتها، ولكن تأثر الفرد بها واتجاهاته نحوها وردود أفعاله تجاهها هو الذي يجعلها تبدو كذلك. فالفرد هو الذي يسبب الاضطراب الانفعالي لنفسه وذلك حين يضخم الأمور في تصور الأحداث ونتائجها.

فإذا عرف الفرد أن اضطرابه وانفعالاته تتكون نتيجة لادراكاته وتقويمه للأمور وحكمه عليها ونتيجة لأفكاره وتصوراته الداخلية تجاهها فانه سوف يتعلم انه من الممكن السيطرة عليها وضبطها أو تغييرها أو تجنب آثارها الضارة. والشخص الذكي هو الذي يعرف أن التعاسة تأتي غالبا من داخله، وقد تأتي المضايقة من الخارج، إلا أنه يعترف أنه من الممكن تغيير ردود أفعاله نحوها بإعادة النظر فيها وتحديدها عن طريق تغيير تصوراته وتعبيراته الداخلية نحوها.

الفكرة السادسة الأشياء الخطرة أو المخيفة تُعتبر سبباً للانشغال الدائم للفكر، وينبغي ان يتوقعها الفرد دائما وأن يستعد لمواجهتها:

وهذه فكرة غير منطقية لان الهم وانشغال البال والقلق يؤدي إلى أضرار كثيرة منها:

1. يمنع التقويم الموضوعي لاحتمال وقوع الإحداث الخطيرة.

2. يحول دون التعامل الفعّال مع هذه الأحداث ومواجهتها إذا وقعت.
3. قد يؤدي إلى وقوعها بالفعل.
4. قد يؤدي إلى المغالاة في نتائجها.
5. لا يحول هذا التفكير غير المنطقي دون وقوع الأحداث إذا كانت لابد منها.
6. يجعل الأحداث المخيفة تبدو أكبر كثيراً مما هي عليه في الواقع.

والشخص العاقل يدرك أن الأخطار المحتمل حدوثها لا ينبغي توقعها بصورة مؤلمة، وإن القلق لن يمنع هذه الأحداث بل يزيد من شدة وقوعها، وقد يكون تأثير القلق اكبر من تأثير الأحداث نفسها إذا وقعت.

الفكرة السابعة: الأسهل تجنب الصعوبات والمسؤوليات الشخصية عن أن نواجهها:

هذا التفكير غير منطقي لان تجنب انجاز الواجبات وتحمل المسؤوليات يكون غالباً أكثر صعوبة وإيلاما للنفس وإثارة للمتاعب من انجازها. والحياة السهلة ليست بالضرورة حياة سعيدة.

والشخص العاقل يقوم بما ينبغي عليه القيام به دون شكوى، ويتجنب في الوقت نفسه الأشياء المؤلمة غير الضرورية، وعندما يجد نفسه متجنباً للمسؤوليات الضرورية فانه يحلل الأسباب التي تكمن وراء تفاديه للمسؤوليات. ويدمج نفسه في مهمات شخصية، وعندئذ يدرك ان الحياة الحافلة بالمسؤوليات والتحدي وحل المشكلات هي حياة ممتعة.

الفكرة الثامنة: يجب ان يعتمد الإنسان على الآخرين، وأن يكون دائما إلى جانبه شخص أقوى منه، يعتمد عليه:

وهذه فكرة غير عقلانية، لأنه ليس هناك سبب للمبالغة في الاعتماد على الآخرين، لأن ذلك يؤدي إلى فقد الحرية والاستقلال الذاتي وتحقيق الذات، كما تقود إلى الفشل في التعلم وعدم الأمن، لأنه يصبح تحت رحمة من يعتمد عليهم.

والشخص العاقل هو الذي يكافح من اجل تحقيق الذات واستقلالها والمسؤولية، ولكنه لا يرفض المساعدة من الآخرين، بل يبحث عنها أحيانا إذا كان ذلك ضرورياً.

الفكرة التاسعة: إن الخبرات والأحداث الماضية هي المحددات الأساسية للسلوك الحاضر والمؤثرات الماضية لا يمكن استبعادها:

وهذه الفكرة غير عقلانية أيضاً، لأنه على النقيض من هذا فان السلوك الذي كان يعد ضروريا في الماضي وفي ظروف معينة قد لا يكون ضروريا في الوقت الحاضر. والحلول الماضية للمشكلات السابقة قد لا تكون ملائمة كحلول للمشكلات الحالية، وعلى الرغم من صعوبة تغيير ما سبق تعلمه، إلا أن ذلك ليس مستحيلاً.

ويعترف الشخص العاقل أن الماضي جزء هام في حياتنا، ولكنه يدرك أيضا ان الحاضر يمكن تغييره عن طريق تحليل نتائج الماضي وإثارة التساؤلات حول بعض الأفكار المؤلمة المكتسبة التي تضطره إلى التصرف بطريقة مختلفة في الوقت الحالي.

الفكرة العاشرة: ينبغي على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات:

هذه فكرة غير منطقية، لأن مشكلات الآخرين لا ينبغي أن تكون مصدر هم كبير لنا حتى ولو كان سلوك الآخرين يؤثر فينا. فان تفسيرنا لهذا التأثير هو الذي يقلقنا ويحزننا. وعندما يصبح الفرد مهتماً بسلوك الآخرين فان هذا الاهتمام قد يؤدي إلى إهمال مشكلاته الشخصية.

والشخص العاقل والمنطقي هو الذي يحدد متى يكون سلوك الآخرين قد بدأ يأخذ شكلا مضطربا، فإنه يحاول أن يساعد الآخرين على التغيير وإذا لم يكن بوسعه عمل شيء، فانه يتقبل الموقف ويعمل على تخفيفه بقدر المستطاع.

الفكرة الحادية عشرة: هناك دائما حل صحيح أو كامل لكل مشكلة، وهذا الحل يجب التوصل إليه وإلا فان النتائج سوف تكون مؤلمة:

وهذه الفكرة غير منطقية للأسباب التالية:

1. لا يوجد حل كامل وصحيح ووحيد لأية مشكلة.
2. المخاطر المتخيلة بسبب الفشل في التوصل إلى الحل الصحيح تعد غير واقعية ولكن الإصرار على وجود مثل هذا الحل قد يؤدي إلى القلق أو الخوف.
3. إن السعي إلى الكمال في الحلول قد يؤدي إلى حلول اضعف من الممكن فعلاً، والعاقل هو الذي يحاول ايجاد حلول ممكنة ومتنوعة للمشكلة الواحدة، ثم يختار أفضلها وأكثرها قابلية للتنفيذ مع التسليم بأنه لا يوجد حل كامل لأية مشكلة.

ويرى إليس أن هذه الأفكار الإحدى عشرة تمثل أفكاراً غير منطقية وخاطئة، وبالتالي فإن تقبل الأفراد لها ودعمها يقودهم إلى الاضطرابات الانفعالية. (Ellis, 1994, 63 – 78)، (سعد، 2000، 123 – 128).

حدد إليس ثلاث وجوبيات أساسية هي:

1. يجب أن اقوم بأعمالي كلها بشكل كفؤ، وأحظى بالاستحسان، وإلا سيكون ذلك أمراً مرعباً، وأكون شخصاً بلا قيمة.
2. يجب أن يعاملني الآخرون بلطف واحترام، وإن لم يفعلوا فيجب أن تتم إدانتهم ولومهم بشدة، وأن يُعاقبوا لعدم احترامهم لي. فهم أشخاص لا يستحقون التقدير.
3. يجب أن يتم ترتيب شروط حياتي، بحيث أحصل على كل ما أريد بسرعة وسهولة وبشكل مريح، وألا يحصل أي شيء لا أريد حدوثه. فإن لم يحدث هذا فإن شروط الحياة غير منصفة.

اعتبر إليس أن الأفكار الإحدى عشرة اللاعقلانية السابقة الذكر، ما هي إلا اشتقاقات من الوجوبيات الثلاث. (Ellis, 1985,3، Ellis, 1994, 6 – 7).

ينظر إليس إلى هذه الوجوبيات الثلاث على أنها المساهمة الأولى لمعتقدات (افكار) لاعقلانية محددة أكثر، والتي تُعد مشتقات رئيسة، وتعتبر لاعقلانية لمساهمتها في تخريب أهداف الشخص الرئيسة، **ولهذا حدد إليس أربعة أفكار أساسية تشتمل الأفكار الإحدى عشر المذكورة سابقاً، وهذه الأفكار هي:**

1) **المطالبة (الوجوبية):**

حيث يقوم الشخص بتصعيد التفضيلات العقلانية إلى مطالبات ووجوبيات مطلقة. والمثال التوضيحي على ذلك، يجب أن يحبني الجميع ويحترموني.

2) **الرعب (الكوارثية):**

يحدث هذا عندما يتم تقدير حدث ما في حياة الشخص على أنه سيء 100٪ أو أكثر، وأنه يجب ألا يحدث، وإلا سوف تكون مأساة.

والمثال التوضيحي على ذلك، إذا لم أحقق أهدافي كما ينبغي، فذلك أمر مرعب.

3) **لا أستطيع التحمل:**

يعني ذلك أن الشخص لا يستطيع تحمل حدوث أمر ما، وينظر إلى هذا الأمر على أنه يجب ألا يحدث.

والمثال التوضيحي هو، إذا لم أحقق أهدافي في المهمة كما يجب فلا أستطيع تحمل ذلك.

4) **الإدانة واللوم:**

تمثل نزعة الناس إلى تقدير أنفسهم أو الآخرين على أنهم أقل من غيرهم، أو أنهم لا يستحقون شيئاً، إن كانوا هم أو قام الآخرون بشيء لا يجب عليهم القيام به، أو فشلوا بالقيام بشيء يجب أن يقوموا به.

كما تمتد الإدانة إلى العالم وشروط الحياة التي يعتبرها الشخص سيئة، بسبب عدم وجودها بشكل يسمح له بتحقيق ما يريد تحقيقه.

والأمثلة التوضيحية على ذلك:

- إذا لم أحقق أهدافي في المهمة كما يجب، فإن الحياة بغيضة ولا تُطاق، (لوم شروط الحياة).
- إذا لم أحظ باستحسان الجميع، فإنني شخص سيء ولا قيمة له، (لوم الذات).
- إذا أخطأ الآخرون معي، ولم يحبوني، فهم أشخاص سيئون ويستحقون العقاب واللوم بشدة، (لوم الآخرين). (Ellis, 1994، Ellis, 1996, 3) 140 – 154

ثالثاً: أهداف النظرية وخصائصها:

إن الغرض الرئيسي في الإرشاد العقلاني الانفعالي هو التركيز على تعديل التفكير اللاعقلاني واستبداله بالتفكير العقلاني، مما يساعد في إزالة أو خفض النتائج السلوكية والانفعالية غير الصحيحة.

وهذا يساعد على تحقيق الأهداف التالية:

1. خفض الاضطرابات النفسية والانفعالية إلى أقصى حد ممكن.
2. تزويد المسترشد بطريقة تمكنه من تخطي أية اضطرابات نفسية مستقبلية، من خلال إكسابه فلسفة أكثر عقلانية.

3. تعتمد على استخدام العمليات العقلية وأساليب تعليم التفكير المنطقي خلال عملية الإرشاد.
4. تعمل جاهدة من أجل أن تثبت للمسترشد أنه غير منطقي، وتوضح له العلاقة بين أفكاره غير المنطقية وبين ما يشعر به من تعاسة واضطراب.
5. تساعد المسترشد على أن يغير تفكيره ويتخلص من الأفكار غير المنطقية، وتجعله يعمم وينتقل من مجرد التعامل مع مجموعة الأفكار غير المنطقية إلى الأفكار الأعم والاشمل.
6. تعد المسترشد لمواجهة أي أفكار أو معتقدات أخرى غير منطقية في المستقبل وتجنبه بذلك الوقوع مرة ثانية في الاضطراب (باترسون، 1992)

وهناك أهداف ايجابية أخرى تتعلق بالصحة النفسية تدخل في الإرشاد العقلاني الانفعالي وتشتمل هذه الأهداف على:

- تكوين اهتمام ذاتي مستنير يعترف بحقوق الآخرين.
- تنمية التوجيه الذاتي.
- الاستقلالية الذاتية والمسؤولية.
- المرونة والانفتاح على التغيير والتفكير العلمي.
- تقبل المخاطر أو الرغبة في تجريب أشياء جديدة.
- تقبل الذات.
- إكساب المسترشد الاستبصار من خلال ثلاث مراحل هي:

أ. توضيح ارتباط الشخصية الهازمة لذاتها بأسباب تكمن أساسا في معتقدات الشخص، وأن هذه الأفكار لاعقلانية.
ب. تفنيد الأفكار اللاعقلانية.
ج. إكساب المسترشد افكاراً أكثر عقلانية لتحقيق الصحة النفسية.

رابعاً: عملية الإرشاد النفسي:

تتلخص عملية الإرشاد النفسي عند إليس في معالجة اللامعقول بالمعقول، ولأن البشر لهم إمكانيات أن يكونوا عقلانيين، فان لديهم القدرة على تجنب أو الغاء معظم الاضطرابات الانفعالية من خلال أن يفكروا بعقلانية، وهذا ما يحدث في عملية الإرشاد.

وتتكون خطوات العملية الإرشادية مما يلي:

1. معرفة سبب المشكلة أي معرفة الأفكار اللامنطقية التي يعتقد بها المسترشد والتي تؤثر على إدراكه وتجعله مضطربا.
2. إعادة تنظيم إدراك وتفكير المسترشد عن طريق المجهود الذي يقوم به المرشد ويسميه إليس كفاح المرشد لإعادة تنظيم إدراك المسترشد حتى يصل إلى مرحلة الاستبصار للعلاقة بين النواحي الانفعالية والمعتقدات والأفكار والحوار الذاتي لدى المسترشد.
3. يقوم المرشد بإخضاع الأفكار اللاعقلانية لدى المسترشد إلى أسلوب التحليل المنطقي.
4. استخدام أسلوب (المناقشة الفلسفية والنقد الموضوعي وأداء الواجبات المنزلية وغيرها) ويعتبرها إليس أهم جانب في العملية الإرشادية.
5. توضيح استمرار اضطراباتهم لاستمرارهم في التفكير بطريقة غير منطقية.
6. اعتماد المسترشد على المرشد في العملية الإرشادية على عكس بعض الطرق الأخرى للإرشاد (مثل الإرشاد المتمركز حول الشخص لروجرز)، وذلك لان التفكير غير المنطقي يكون مغروساً لدى المسترشد لدرجة لا يمكن للمسترشد ان يغيره اعتمادا على نفسه.
7. يتجاوز المرشد مرحلة التعامل مع الأفكار غير المنطقية ودحضها، لتبني فلسفة للحياة أكثر عقلانية بحيث يمكن للمسترشد أن يتحاشى الوقوع ضحية أفكار أخرى غير منطقية مستقبلاً.

ولابد من الإشارة إلى أن الأسلوب العقلاني الانفعالي نوع من التعليم النشط المباشر يتقلد فيه المرشد دورا تعليميا ايجابيا يعيد من خلاله تعليم المسترشد، ويوضح له الأساس غير المنطقي لما يعانيه من اضطرابات، وكيف أن هذه الاضطرابات سوف تستمر باستمرار الأحاديث الذاتية الداخلية.

وينبغي على المرشد الكفء أن يكشف للمسترشد بصفة مستمرة هذه الأفكار والأحاديث النفسية الداخلية غير المنطقية وذلك من خلال ما يلي:

1. إبرازها بصورة واضحة لتصبح في مستوى الوعي لدى المسترشد.
2. بيان كيف تسبب الاضطراب وتثبته.
3. توضيح العلاقة غير المنطقية بين الأحاديث الداخلية الذاتية.
4. تعليم المسترشد كيف يعيد النظر في تفكيره وكيف يتحدى هذه الأحاديث ويعيدها في صورة أكثر منطقية وعقلانية حتى يتم إدخال الأفكار المنطقية الجديدة لتحل محل القديمة.

وتقوم إستراتيجية المرشد العقلي الانفعالي في الهجوم على الأفكار غير المنطقية لدى الشخص المضطرب بإتباع الأساليب التالية:

1. أن يتقلد دور المشجع المقنع الذي يصر أحيانا على أن يقوم المسترشد ببعض الأنشطة ويمارس بعض الأعمال التي يخاف من ممارستها بسبب الخوف المبني على الاعتقادات والأفكار الخرافية، ويعتبر ذلك هجوما على الأفكار والمعتقدات الخاطئة.
2. أن يتقلد المرشد دور الداعية الصريح الذي يناقض وينكر الاعتقادات الخاطئة والخرافات المتأصلة في نفس المسترشد.
3. دحض الأفكار اللاعقلانية التي يؤمن بها المسترشد ومواجهتها من خلال ما توصل إليه المرشد من خلال الجلسات الإرشادية وتقنياتها. (أبو عيطة، 1997)، (الزيادي، 1990)، (المالكي، 2005).

طريقة الإرشاد العقلي الانفعالي



المراجع

خامساً: النظرة إلى الاضطراب النفسي:

ترى النظرية العقلانية الانفعالية أن الكائن الإنساني لديه استعداد فطري لاكتساب الأفكار اللاعقلانية أو اكتساب الأفكار العقلانية. وأنه عن طريق الظروف الاجتماعية والحديث الخاص للذات (الحوار الداخلي) يعمل على زيادة الأفكار غير المنطقية وتطويرها، ومن ثم حدوث الاضطراب النفسي. ولكن لدى الإنسان قدرة فائقة على التفكير بشكل عقلاني وتفادي حدوث الاضطرابات النفسية.

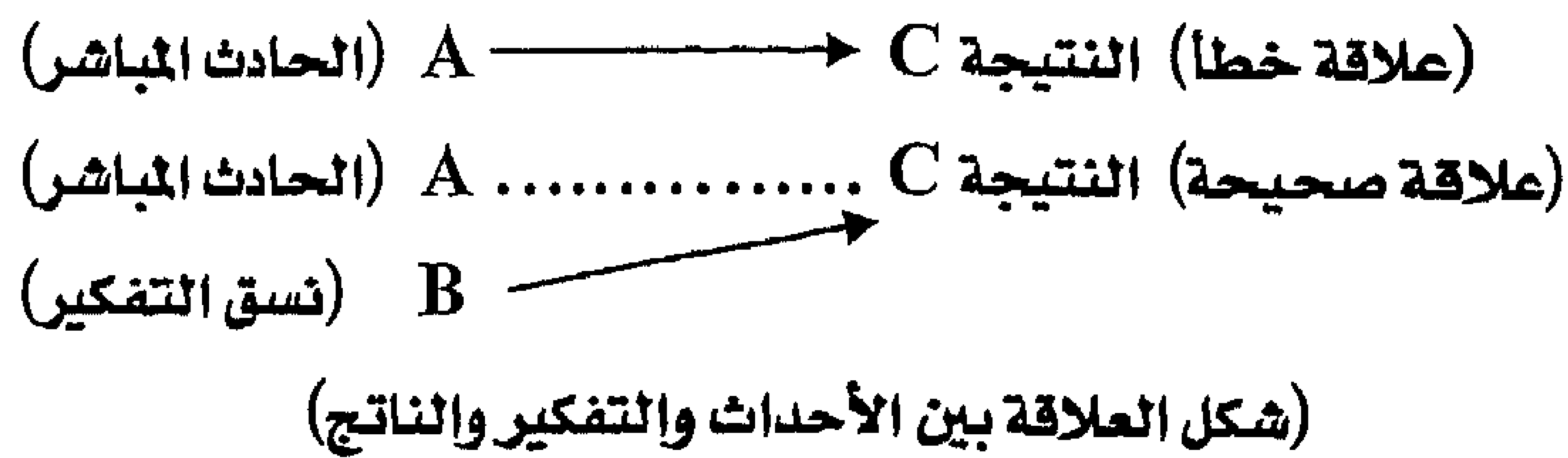
وفي ضوء ذلك يعرض إليس في نظريته ما يسمى ABC في تحليل الاضطراب حيث يشير الحرف Activating Event A إلى أحداث الحياة الفعلية، أي الأحداث النشطة التي قد تكون بمثابة شيء وقع بالفعل كتحطم علاقة عاطفية أو خسارة اقتصادية (هي الحدث المؤثر على الشخص).

ويرمز B Belief System إلى التفسيرات اللامنطقية للفرد لهذا الحدث لاعتقاده ان لا أحدٌ يحبه، وحواره الداخلي، وهكذا يكون الشخص قد بالغ في حجم المشكلة. أما Emotional Behavioral Consequence C فيدل على رد الفعل السلوكي أو الاضطراب الانفعالي لدى الشخص مثل القلق والاكتئاب وغيرها.

ويرى إليس أنه على الرغم من أن (A) هو الحادث الذي يقع قبل ظهور الاضطراب الانفعالي، إلا أنه ليس هو السبب الرئيس المباشر للنتيجة التي نشاهدها في (C)، وإنما ينتج هذا الاضطراب عن نسق التفكير الموجود لدى الفرد والذي يُرمز له بالحرف (B) سواء كان هذا النسق منطقياً أو غير منطقي. وهذا يعني أن لدى الشخص إمكانية اختيار معتقدات عقلانية أو غير عقلانية، وذلك عندما توجد عوائق أمام تحقيقه لأهدافه. وعندما يختار الفرد تبني المعتقدات والتفسيرات غير العقلانية للحدث المؤثر، فإن ذلك يؤدي إلى نتائج انفعالية وسلوكية سلبية وغير مناسبة، وإلى حدوث الاضطراب النفسي لدى الفرد.

وعندما يختار الفرد تبني المعتقدات العقلانية غير المطلقة، فإن ذلك يؤدي إلى نتائج انفعالية وسلوكية مناسبة، وإلى عدم حدوث اضطراب نفسي لدى الفرد. (Ellis, 1985, 12 – 13 ،Ellis, 1994, 61 – 80).

وهكذا وفقاً لهذه النظرية، فالإرشاد الفعال يتعامل أساسا مع الأفكار(B) اكثر من التعامل مع الحدث المؤثر (A) أو النتائج (C). ويهدف في النهاية إلى فهم الأفكار غير المنطقية لدى المسترشد ومحاولة ان نجعل المسترشد يغير أو يوقف مثل هذه الأفكار اللاعقلانية.



(شكل العلاقة بين الأحداث والتفكير والناتج)

سادساً: الأساليب والتقنيات المستخدمة في الإرشاد العقلاني الانفعالي:

يستخدم المرشد النفسي في الإرشاد العقلاني الانفعالي مجموعة من الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية.

1) الأساليب المعرفية:

1. توضيح العلاقة ABC: وهي أن النتائج (C) ليست وليدة الإحداث النشطة التي تسبقها (A) وإنما هي نتيجة نظام التفكير(B) ثم الانتقال إلى تفنيد الأفكار غير المنطقية (D) Disputing ثم تكوين أفكار منطقية أفضل وتحقيق الأثر المعرفي Cognitive Effect (E).
2. التحليل الفلسفي والمنطقي للأفكار غير المنطقية.
3. مهاجمة المشاعر السلبية غير المناسبة.
4. التعليم والتوجيه.
5. إرشاد المسترشد إلى كيفية التعبير عن نفسه بهدوء وتعليمه بعض العبارات المنطقية التي يمكن ان يخاطب نفسه بها.
6. أسلوب وقف الأفكار عندما تتنازعه أفكار وسواسية مثلا حول نقد والده وان والده يظلمه وذلك بتعليمه ان يفكر في الجوانب المضيئة في علاقته بوالده وكيف انه رباه صغيرا.

2) الأساليب الانفعالية:

1. أسلوب التقبل غير المشروط للمسترشد.
2. أسلوب تمثيل الأدوار.
3. لعب الدور والدور المضاد.
4. أسلوب النمذجة.
5. أسلوب المرح.
6. أسلوب مهاجمة الشعور بالدونية، وغير ذلك من أساليب المواجهة.

3) الأساليب السلوكية

1. الواجبات المنزلية النشطة على سبيل المثال عملية التنشيط الحسي من خلال مواجهة المواقف التي يخاف منها الفرد، كما تتضمن الواجبات المنزلية جوانب عقلية مثل التعرف على الأفكار غير المنطقية وتدوينها.
2. أساليب الاشراط الإجرائي مثل التعزيز والعقاب.
3. أسلوب الاسترخاء وغيره من أساليب الراحة البدنية.
4. أسلوب التخيل، وهو أسلوب معرفي انفعالي سلوكي حيث يُطلب من المسترشد أن يتخيل نفسه في موقف الانفعال الذي جاء به إلى الإرشاد ثم يطلب منه توضيح الأفكار اللاعقلانية التي تؤدي إلى الاضطراب الانفعالي لديه، ومن ثم يتخيل نفسه، وبعدها مناقشته في هذه المواقف السلبية بالنسبة له. وبعدها اكتشاف الأفكار اللاعقلانية الموجودة عنده لتغيير الانفعال إلى انفعال اقل منه في المستوى من الانفعال السابق، ومن ثم يسال عن شعوره في كل مرة ويحدّث نفسه بعبارات تخفف الانفعال، مما يساعده على تحقيق الاستبصار.

وبعد أن يتعلم هذه الطريقة يُطلب منه أن يقوم في المنزل لمدة أسبوع أو شهر بهذا التمرين، والنتيجة هي التخلص التدريجي من الانفعال المزعج. (الزيادي، 1990)

سابعاً: تقويم النظرية:

الايجابيات:

1. الأسلوب العقلاني الانفعالي هو نوع من التعليم النشط المباشر.
2. يعمل على تعليم المسترشد مواصلة العيش في هذا العالم من غير أن يكون محبوباً أو مقبولاً من الآخرين، إن لم يتمكن من ذلك.
3. يؤكد على الاستبصار بأنواعه الثلاثة السابقة الذكر.

4. ثقة إليس بقدرة المسترشد على القيام باستبصارات تساعده على فهم ذاته، وفهم العلاقة بين الانفعالات السلبية وطريقة تفكيره. وكيف أن المسترشد دحض هذه الأفكار.
5. التركيز على هنا والآن.
6. عدم إعطاء خبرات الطفولة العامل أو المسبب الأكبر للاضطراب بل التأكيد على الأحاديث الذاتية الداخلية والأفكار غير المنطقية أو الخرافية.
7. يكتسب المسترشد في نهاية عملية الإرشاد فلسفة عقلانية للحياة.
8. أسهم في توضيح التفاعل بين الأفكار والمشاعر والتصرفات وان أي تغير في احدها يؤثر ويغير في النمطين الآخرين.
9. استخدام أساليب علاجية مختلفة (سلوكية، معرفية، انفعالية) وعدم اعتماده على طريقة واحدة مع المسترشدين.
10. يهدف إلى دفع الناس لأن يكونوا أقل قابلية للإيحاء وأكثر استقلالية ومنطقية في تفكيرهم.
11. إكساب المسترشد المرونة والانفتاح على التغيير والتفكير العلمي.
12. تنوع الطرق الإرشادية التي يستخدمها الإرشاد العقلاني الانفعالي، وبالتالي اتساع دائرة الأشخاص الذين قد يؤثر بهم هذا النوع من الإرشاد وذلك عن طريق معرفة نوع الشخصية التي ينتمون إليها، والتعامل معهم وعلاجهم بالأسلوب المناسب.
13. يستطيع المسترشد من خلال الإرشاد العقلاني الانفعالي أن يكتسب طرقا وأفكارا جديدة يستطيع من خلالها مواجهة الأفكار اللامنطقية والخاطئة التي كان يؤمن بها وبالتالي تجنب الوقوع بها مرة أخرى في المستقبل.
14. من خلال الأفكار اللاعقلانية التي طرحها إليس يتمكن الشخص التعرف على أكثر الأفكار التي تمر في ذهن الفرد أو يفكر بها دون أن يعلم بأنها غير منطقية وبالتالي وقف هذه الأفكار قبل أن تتطور وتصبح واقعية.

السلبيات:

1. المرشد في الإرشاد العقلاني الانفعالي يتكلم أكثر مما يصغي لما يقوله المسترشد.
2. العلاقة الإرشادية هي علاقة مدرس وطالب، وبالتالي فهو لم يؤكد على تكوين علاقة دافئة مع المسترشدين انطلاقا من أن مشكلتهم تكمن في اعتقادهم انه ينبغي ان يلقوا الحب من الآخرين في الوقت الذي لا يحتاجون إليه فعلاً.
3. تعلم هذه الطريقة المسترشدين أن يعتمدوا على المرشد، أي أن إليس لا يعطي المسترشد دورا كبيرا في عملية الإرشاد.
4. الهجوم المباشر على اتجاهات المسترشد يعتبر تهديدا له، وهذا الأمر يزيد من مقاومة المسترشد ويجعل التغيير صعباً إن لم يكن مستحيلاً. ولابد من التنبيه إلى أن أساليب الهجوم المباشر تستخدم عادة في ظل علاقة إرشادية دافئة، وهذا ما لا نجده في نظرية إليس.
5. اتهام إليس بإتباع أساليب تشبه فيما يعرف بغسيل الدماغ وذلك باستخدام أساليب الحث والإيحاء والتكرار.
6. مغالاة إليس بالجانب العقلي والمنطقي على حساب الانفعالات والعلاقة مع المسترشد.
7. عدم وجود معيار موضوعي يحكم على الأفكار بأنها عقلانية أو غير عقلانية.
8. تقييد استخدام هذه الطريقة مع الأطفال أو مع حالات التخلف العقلي والحالات شديدة الاضطراب لاعتمادها على الاستبصار والتفسير. (الزيادي، 1990)
9. وجود الكثير من المقاومة من قبل المسترشد، لأن الإنسان بطبيعته يناضل ويكافح من أجل الحفاظ على أفكاره والمواقف التي يؤمن بها ولا يسمح بذلك في جو من المواجهة المباشرة.
10. اعتبر إليس أن العواطف والانفعالات ثانوية، وأعطى الأولوية للعقل في حين أن الإنسان خليط من المشاعر والعواطف والحكمة والعقل، وهنالك مواقف مختلفة في الحياة تحتاج تارة إلى استخدام المشاعر، وتارة أخرى إلى استخدام العقل، لذلك لا يجوز تفضيل احدهما على الآخر.

الفصل الثامن

نظرية الإرشاد المتمركز حول المسترشد

"كارل روجرز"

Rogers

- مدخل.
- تطور النظرية.
- المفاهيم المرتبطة بالشخصية وحاجاتها.
- مفهوم الذات عند روجرز.
- أهداف النظرية.
- خصائص النظرية.
- عملية الإرشاد النفسي.
- النظرة إلى الاضطراب النفسي.
- أهم تقنيات الإرشاد النفسي.
- تقويم النظرية.

الفصل الثامن
نظرية الإرشاد المتمركز حول المسترشد
"كارل روجرز"
Rogers

أولاً: مدخل:

إن الذات هي الشيء الوحيد الذي يجعل للفرد الإنساني فرديته الخاصة به، ولعله المخلوق الوحيد الذي يستطيع إدراك ذاته، وقد تم تعريف مفهوم الذات من قبل الكثير من الباحثين وكانت لدى بعضهم المرتكز الأساسي في تكوين نظرياتهم في العلاج والإرشاد النفسي ومن بينهم كارل روجرز (Rogers) الذي وضع نظرية قائمة على مفهوم الذات التي تقوم على الإيمان بأهمية الفرد مهما كانت مشكلاته، فلديه عناصر طيبة تساعده على حل مشكلاته، وتقرير مصيره بنفسه. والفلسفة الأساسية هنا للمرشد هي احترام الفرد وأهليته والعمل على توجيه الذات لديه توجيها صحيحاً ليكون جديراً بالاحترام. وتعتبر النظرية التي وضعها روجرز من النظريات المهمة في الإرشاد والعلاج النفسي والتي لاقت رواجا كبيرا، سميت هذه النظرية بأسماء عديدة؛ مثل: النظرية اللامباشرة، النظرية الشخصية، وأشهر هذه التسميات وأوضحها النظرية المتمركزة حول المسترشد Client – centered counseling، حيث يرى روجرز أن حل المشكلات والاستبصار بأسبابها والكيفية التي يمكن من خلالها الوصول إلى حلول أو معالجات يعتمد بشكل رئيس على المسترشد، فهو الذي يضع الحلول لمشكلاته عندما يصل إلى مرحلة الاستبصار بأسبابها، لذلك تسمى الطريقة العلاجية أو الإرشادية لدى روجرز وأتباعه بالإرشاد المتمركز حول المسترشد، والذي "هو شكل من المعالجة السيكولوجية ابتكره كارل روجرز يكمن في أن يترك الفرد يتكلم دون مقاطعته، والإصغاء إليه بانتباه وتعاطف، دون الحكم عليه ولا نقده، ودون طرح الأسئلة عليه أو تشجيعه، ونمتنع عن كل تفسير" (سيلامي،2001، 10 – 17). ولا يقوم على التوجيه وإصدار التعليمات

للمسترشد ولا ينجم عنه خلل في العلاقة بين المرشد والمسترشد. أما المسترشد (Client) فهو الفرد الذي تتمركز عليه عملية الإرشاد، ويكون لدى المسترشد محتوى مهدد في مفهوم الذات الخاص ويدرك ويعي عدم التطابق بين الذات والخبرة وبين مفهوم الذات والذات المثالية. (زهران، 1977، 281)

يرتبط اسم روجرز بالاتجاه الإنساني، حيث يعارض مدرسة التحليل النفسي بنظرتها التشاؤمية وتفسيرها كل سلوك البشر في الجنس والعدوان، ويعارض المدرسة السلوكية بنظرتها للإنسان كآلة. كما ترتبط نظرية روجرز بالاتجاه الوجودي في علم النفس لأنها تعتمد على الجوانب الظاهراتية حيث يركز على خبرات الأفراد ومشاعرهم وقيمهم، وقد نجح روجرز في تكوين طريقة الإرشاد غير المباشرة التي ترتكز على التفاعل والمحاورة، وطورها من خلال عمله مع المرضى وقد لاقت هذه الطريقة ترحيباً كبيراً من المرشدين والمعالجين. ويركز روجرز على أهمية موقف المرشد ودوره في خلق مناخ إرشادي ملائم. وقد وضع فضائل على المرشد أن يتصف بها: الأمان الذي يجب أن يشعر به المسترشد، وشعور الودّ والتحمل والتفهم والقبول والاحترام. والعلاقة بين المحلّل والعميل علاقة ندِّية. واعتبر روجرز أن الثقة هي أكثر أسس الإرشاد أهمية لأنها يجب أن تغطي العلاقة بين المرشد والمسترشد، فالثقة تفعل فعل الطاقة التي ستعمل على تحقيق ذات الفرد وأن الثقة في النفس وفي الآخرين هي بداية تكوين صفات شخصية أفضل. ويرى روجرز أن الناس لديهم وعي بالعوامل التي تؤدي إلى سوء توافقهم ولديهم إمكانية للابتعاد عن حالة سوء التوافق. (الزيود، 1998)، (عبد الرحمن، 1998)، (هول ولندزي، 1992).

إن روجرز متفائل بقوة فيما يتصل بالطبيعة الإنسانية، وهو يعتقد أن الباعث الأكثر أساسية هو تحقيق الذات وصيانتها وتعزيزها. كما يعتقد أنه إذا مُنح الفرد الفرصة فسوف ينمي بتحركه للأمام أسلوبا يقبل التكيف. كما ينظر روجرز إلى الإنسان على إنه خيّر في طبعه ولديه القدرة على النمو الاجتماعي، أما

العدوانية فتظهر عنده كأسلوب دفاعي عندما تُحبط لديه الحاجات الإنسانية (الحب، الأمن، المكانة، الانتماء).

ثانياً: تطور النظرية:

إن أشهر من نادى بهذه النظرية هو كارل روجرز (1902 – 1987)، والذي وُلد في مدينة شيكاغو، في الولايات المتحدة الأمريكية، تربى في عائلة محافظة. كان والده شريكا في أعمال الهندسة المدنية ومكتب عقود ناجح وقد ثمّن جو الأسرة العمل الجاد والالتزام بقواعد السلوك الصارمة، وانتقلت الأسرة إلى مزرعة، ولم تحتك بمغريات المجتمع في المدينة أو فروعها وعاشت في جو عائلي لطيف ولكنه مكبوت. وعانى روجرز واثنان من إخوته من القرحة، وقد أحب القراءة وكان متفوقاً في دراسته. وقد أمضى أكثر من ستة شهور في الصين في نشاط طلابي، وكانت هذه تجربة مهمة لروجرز، لأنه وللمرة الأولى يبتعد عن أسرته وتأثيرها، ولم ترحب عائلة روجرز بأفكاره التحررية. وفي أثناء علاجه من مرض القرحة قام باتباع دورة عن طريق المراسلة في علم النفس.

تخرج روجرز من الجامعة في عام (1924) بدرجة الإجازة في التاريخ، مترافقاً مع اهتمامه بعلم النفس، وتزوج خطيبته هيلين على الرغم من معارضة عائلته لذلك، ثم استقالت هيلين من عملها كفنانة، وذهبت مع زوجها إلى مدينة نيويورك، حيث درس روجرز في اتحاد اللاهوت مستمرا في اهتمامه الديني وأخذ صفوفا في كلية المدرسين في جامعة كولومبيا، وقرر جعل مشروع تخرجه في علم النفس، أما بالنسبة لشهادة الدكتوراه فقد طور روجرز اختباراً لقياس الضبط الشخصي (Personality Adjustment) لدى الأطفال وقد استخدمت البحوث هذا الاختبار لعدة سنوات بعد ذلك، مكملا دراسات تخرجه في عام (1928) حيث عمل روجرز من أجل العنف ضد الأطفال، وقد قضى الفترة بين عامي (1928 – 1940) يعمل كمرشد نفسي في إحدى المؤسسات التي تنادي بضرورة تجنب القسوة في معاملة الطفل، وتقدم الإرشادات والتوجيهات للأطفال وآبائهم.

وقد ترأس مركزاً للإرشاد في نيويورك في عام (1938)، على الرغم من أن العادة هو أن يملأ طبيب للأمراض النفسية (Psychiatrist) مثل هذا الموقع.

ومع نهاية عام (1940)، انتقل روجرز وزوجته وطفلاه إلى ولاية أوهايو حيث أخذ أول مركز أكاديمي كبروفسور في جامعتها، ونشر كتابا هاما وهو(المعالجة السريرية لمشكلة الطفل) وكتابه (الإرشاد والعلاج النفسي) عام (1942)، تحتوي أول طبعة شرحاً فعلياً لحالة العلاج فاتحا هذه العملية الخاصة للدراسة والبحث. وفي عام (1945) ذهب روجرز إلى جامعة شيكاغو وأسس مركزا استشاريا جديدا وفي هذا الجو الأكاديمي النشط ألف روجرز كتابا آخر هو(العلاج المتمركز على المسترشد) عام (1951)، وفي عام (1957) قبل روجرز فرصة عمل في مجال علم النفس والطب العقلي (Psychiatry) في جامعة ويسكونسن. وفي عام (1964) ذهب روجرز إلى معهد العلوم السلوكي الغربي في كاليفورنيا، وشكل مع آخرين في عام (1968) مركزا للدراسات، وخلال هذه السنوات اكتشف وبلور فكرة مجموعات المواجهة (Groups Encounter).

كان روجرز قائدا في منظمات رسمية خلال مهنته وخدم كقائد لرابطة أميركا لعلم النفس التطبيقي (Applied Psychology) عام (1944 – 1945) ولرابطة علم النفسي الأمريكي (1946 – 1947)، وقد نال جائزتين من رابطة علم النفس الأمريكي وأول مساهمة رسمية مميزة له جائزة (1972) من رابطة علم النفس الأمريكي (American Psychological Association) عام (1973)، وكان أول عالم نفس يتلقى مثل هاتين المرتبتين، توفي روجرز في عام (1987) عن عمر 85 سنة في نوبة قلبية ".(Cloninger ،2000، – 413). ومن مؤلفات روجرز الأخرى نذكر:

- العلاج النفسي وتغير الشخصية (1954).
- وجهات نظر علاجية للعلاج النفسي (1961).
- الحرية في التعليم (1969).

- جماعات المواجهة (1970).
- شركاء متناسبون أو لائقون (1972).
- قوة الشخصية (1977).

لخص روجرز (1961) التغير الذي طرأ على نظريته من عام 1942 حتى عام 1960 قائلا "في السنوات الأولى من تخصصي في الإرشاد والعلاج النفسي كنت أسأل السؤال الأتي: كيف أستطيع أن أعالج أو أغير هذا الشخص؟ والآن أعيد هذا السؤال بهذه الطريقة: كيف أستطيع أن أوجد علاقة وجواً نفسياً يستطيع هذا الشخص من خلاله أن يحقق هو أفضل نمو نفسي؟ " (زهران، 1977، 280). ويركز روجرز في تقويمه لما أثر في تفكيره على الخبرة الإكلينيكية المستمرة مع الأفراد الذين يدركون — أو يدرك الآخرون — أنهم في حاجة لعون شخصي. فيقول: "منذ عام (1928) ولفترة تقرب الآن من ثلاثين عاما انفقت في المتوسط من 15إلى 20ساعة أسبوعيا — في ما عدا العطلات — محاولا فهم وتقديم المساعدة العلاجية لهؤلاء الأفراد وهم يبدون بالنسبة لي الحافز الأكبر لتفكيري السيكولوجي، فمن هذه الساعات والعلاقات مع هؤلاء الناس حصلت على معظم ما قد يكون لدي من استبصار بمعنى العلاج وديناميات العلاقات المتبادلة بين الأشخاص وبناء الشخصية وقيامها بوظائفها." (هول ولندزي، 1971، 612).

ثالثاً: المفاهيم المرتبطة بالشخصية وحاجاتها:

يلخص روجرز مفهومه عن الشخصية والديناميكيات المؤثرة فيها خلال ما يلي:

- **للكائن الحي نزعة واحدة أساسية هي تحقيق الذات وبقائها:**

لذلك يتجه الإنسان في نموه ونضجه نحو قدر أكبر من التمايز والاتساع والاستغلال والمشاركة في الحياة الاجتماعية ولا يتم للفرد تحقيق ذاته إذا لم يكن قادراً على أن يغير أشكال السلوك التي تؤدي به إلى التقدم.

- **إن الإنسان يعيش في عالم دائم التغير:**

بسبب عوامل الخبرة المكتسبة وانه يمثل محور هذا العالم، ويعني ذلك إن كل إنسان يعيش في عالمه الخاص الذي يسمى بالمجال الظاهراتي ويتم إدراك هذا العالم عن طريق الحواس.

- **إن الكائن الحي يتفاعل مع مجاله الإدراكي حسب خبراته وأحاسيسه:**

وان هذا المجال يصبح بالنسبة للفرد حقيقة واقعية ولتفسير ذلك بشكل مبسط نقول بأنه متى أوحى المجال للشخص بأنه إنسان فاشل وأصبحت تلك الصورة جزءاً من مفهوم ذلك الشخص لذاته فسوف ينظر الشخص إلى نفسه على انه فاشل حقيقة ويتصرف مثلما يتصرف الفاشلون.

- **إن السلوك هو محاولة هادفة من جانب الفرد لإرضاء حاجاته حسب خبراته في المجال الذي يدركه هو:**

ويعني ذلك أن سلوك الإنسان ليس عشوائياً أو نوعاً من محاولات الصواب والخطأ ولكنه يتجه لتحقيق هدف معلوم وفقاً لخبرات الشخص في مجال إدراكه كما يعني أيضاً إننا لا نتفاعل مع الحقائق المطلقة إنما نتفاعل مع ما نظنه حقيقة حتى ولو كان غير ذلك فالعديد من المخترعين والعلماء تلقوا صدمات في بداية حياتهم فلو أنهم نظروا إلى تلك الصدمات على أنها نوع من الفشل الحقيقي ربما قادهم ذلك إلى التصديق بفشلهم وأعاقهم عن مواصلة السير في طريق النبوغ والعبقرية أما وقد نظروا إلى أنفسهم على أنهم قادرون وان قدرتهم تحتاج إلى مجالات أخرى للظهور فقد تقبلوا تلك الصورة وعملوا على تحقيقها وإثباتها.

- **إن أفضل طريقة لفهم الإنسان هي ان ننظر إليه كما ينظر هو إلى نفسه ويراها:**

ويتطلب ذلك منا أن نضع أنفسنا مكانه وان ننظر بعينه حتى ندرك بعض عالمه الخاص بشكل صادق وانه يمكننا تفسير كثير من الأمور في حياتنا لو نظرنا إليها من هذا المنطلق وتعتبر هذه النقطة في غاية الأهمية في مجال الإرشاد النفسي لأنها تمنع المرشد من إصدار أحكام شخصية عن المسترشد، أو تفسير ما يقوم به المسترشد من سلوك من وجهة نظره الشخصية، أو تكوين رأي شخصي ذاتي عن المسترشد.

- **إن الشخص لا يتبنى من أنماط السلوك إلا ما يتماشى مع مفهومه لذاته في معظم الأحوال:**

ويعتبر مفهوم الذات من المفاهيم الهامة في نظرية الإرشاد المتمركز حول المسترشد، حيث يتكون مفهوم الذات لدى الفرد من مفهوم الشخص عن نفسه منفرداً، ثم مفهومه عن نفسه في علاقته مع الآخرين وبالأشياء الأخرى في بيئته، بالإضافة إلى القيم المرتبطة بتلك المدركات. ومفهوم الذات هو صورة الشخص عن نفسه كما يرى نفسه وكما يراه الآخرون وحصيلة تقويمه لتلك الصورة.

- إن طرق التربية والعوائق البيئية قد تتدخل وتؤدي إلى شعور الإنسان بعدم انسجام سلوكه أو تطابقه مع مفهومه لذاته، ويمكن تشبيه ذلك بالشاب الذي يرى في نفسه الكفاءة والقدرة على القيام بالأعمال الجادة، إلا انه لا يبذل جهداً في الحصول على عمل أو يسعى إليه بسبب التدليل الزائد أو الحماية الزائدة أو عدم تدريبه على تحمل المسؤولية. وقد يرجع السبب في ذلك إلى أن الطفل أحياناً ما يتبنى مفاهيم وقيم أهله المحيطين به ويدخلها في مفهومه لذاته فإذا ما أساء أهله معاملته فانه قد يتصرف بطريقة معاكسة لتلك المفاهيم التي سبق تبنيها.

- إن مـن سمـات التوافـق أن يكـون الإنسـان متفتحـاً علـى خبراتـه وألا يلجـأ إلى استخدام الحيل الدفاعية، وأن يشعر بتقدير الآخرين له بشكل غير مشروط وان يكـون مفهومـه لذاتـه متوافقـاً ومتناغمـاً مـع خبراتـه وان يتصـرف بشـكل طبيعـي ونظـراً لـتغير الخـبرات وفقـاً للمواقـف الحياتيـة المختلفـة فيجـب ان يتصف تكوين الذات لديه بالمرونة الكافية من اجل تقبل مزيد من الخبرات.
- إن الشـخص المتمتـع بالصحة النفسـية هـو الإنسـان الـواعي بسـلوكه والـذي يسـتطيع في أي وقـت أن يختـار أنمـاط الاسـتجابات الـتي تـؤدي إلى تحقيـق الأهداف التي يسعى إليها بشكل فعال.
- أي خبرة لا تتسق مع بناء الذات تدرك على أنها تهديد.
- عنـدما يـدرك الشـخص كـل الخـبرات بشكل متسق فانـه يصبح أكثر تفهمـاً للآخرين.
- عنـدما يـدرك الشـخص ويتقبـل في بنـاء ذاتـه المزيـد مـن الخـبرات سيكتشـف انـه استبدلها بجهاز القيم لديه ويلجأ إلى تقسيم خبراته باستمرار حتى يتأكد فيما إذا كانت هناك ضرورة لإحداث تعديل في بناء القيم.

وفيما يخص نمـو الشخصية يـرى روجـرز أن الفـرد يولـد ولديـه ميـل طبيعـي لتحقيق ذاته، وهذا الميل هـو الـذي يوجـه سلوكه، ويسـتخدم الفـرد كيانـه العضـوي الداخلي في الحكم على الخبرات فيما إذا كانت محققـة للـذات أم لا، ورغـم تركيـز روجرز على الدافع الموروث لتحقيق الـذات والـذي يـراه الـدافع الوحيـد للإنسـان، فانـه يتحـدث عـن حـاجتين مكتسـبتين في واقـع تعامـل الفـرد مـع البيئـة، وهمـا الحاجـة إلى الاعتبار الايجابي مـن الآخرين، والحاجة إلى الاعتبار الـذاتي. ويـرى أن إشباع الفـرد لهـاتين الحـاجتين يـرتبط مـع شـروط الأهميـة الـتي يضعها الأشـخاص ذوو الأهميـة. وفيما يلي عرض للجوانب الثلاثة التي تحدد نمو الشخصية.

1) الحاجة للاعتبار الايجابي من الآخرين (Need for positive regard):

يرى روجرز أن كل الناس يملكون حاجة للاعتبار والتقدير الايجابي هذه الحاجة مطلب عام عند كل البشر والحاجة إلى التقدير تأتي من الآخرين وكل فرد يحتاج إلى الحصول على تقدير إيجابي من الآخرين على ضوء هذا التقدير يطور الفرد تقديره عن ذاته وقد يكون هذا التقدير إما ايجابيا أو سلبيا ويرى روجرز أن الطفل ومن خلال مراحل الإنمائية يتعلم أنواعا معينة من السلوكيات تحدث عنده بشكل استجابات دافئة ومحببة من الآخرين ويجد بان هذه الاستجابات تشبع حاجات فطرية في نفسه في حين تحدث أنواعا أخرى سلوكيات من الرفض والتجنب وبناءا على ذلك يحاول الطفل القيام بأنواع السلوك التي تجلب له من الآخرين استجابات مستحبة وهكذا يبدأ الطفل بقبول قيم الآخرين بالإضافة إلى قيمه (العزة، عبد الهادي، 1999، 111).

والاعتبار الايجابي للفرد من جانب شخص أخر له أهمية اجتماعية يمكن أن تكون أقوى في عملها وتأثيرها من عملية التقويم المنبثقة من داخل الفرد ذاته. والاعتبار الايجابي يعني إدراك بعض الخبرة الذاتية لشخص أخر والتي تحدث اختلافا ايجابيا في الحقل الخبري للشخص يؤدي إلى الشعور بالدفء والأهمية والحب والاحترام والتفهم العاطفي وبالتقبل باتجاه شخص أخر. (باترسون، 1989، 392).

2) نمو الحاجة للاعتبار الذاتي (Need for self regard):

نتيجة للحاجة للاعتبار الايجابي من الآخرين تتكون الحاجة إلى الاعتبار الذاتي حيث ينمى الأطفال حاجة للنظر لأنفسهم بشكل ايجابي وبمعنى أخر فان الأطفال يرغبون أولا في أن يشعر الآخرون شعورا طيبا نحوهم ثم أنهم بعد ذلك يرغبون في الشعور بطريقة طيبة حول أنفسهم.

إن الشروط التي تجعل الآخرين ذوي الأهمية في حياتهم يعتبرونهم بشكل ايجابي تدمج في مفهوم الذات وفيما بعد فإنهم ينبغي عليهم إن يتصرفوا تبعا لهذه الشروط لكي يعتبروا أنفسهم بشكل ايجابي ونقول في هذه الحالة إن الأطفال قد تعلموا شروط الأهمية ومتى ترسخت هذه الشروط فإنها تكون الطريقة الوحيدة التي ينظرون بها لأنفسهم نظرة ايجابية هي بالتصرف تبعا لقيم الآخرين التي استدمجوها في مفهوم الذات وبذلك لا يعود سلوك الطفل موجها تبعا لتقويم الكائن بداخله كما كان في طفولته المبكرة وإنما يتوجه السلوك بناءً على الشروط الموجودة في البيئة والتي ترتبط بالحصول على الاعتبار الايجابي من الآخرين (الشناوي، 1994، 279).

3) نمو شروط أو ظروف الاستحقاق (conditions of worth):

نتيجة لقوى ورغبات ومطالب التقدير الاجتماعي وتقدير الذات ينمو لدى الفرد اتجاه قوامه اعتبار الذات وجدارتها يساعده على مواجهة مواقف الحياة اليومية الصعبة، وهكذا فإن شعور الفرد بأنه جدير بشيء يساعده في تقدير الذات وقدرته على الحصول على الشعور بالتقدير الاجتماعي.

فتعتبر الحاجة إلى اعتبار الذات عامل قوة عند الشخص بغض النظر عما إذا كانت الخبرة داعمة للشخص ومساندة له أم لا فإنها تقوّم على أنها إيجابية وأنها دافع إقدام أو إحجام والقيم التي يعطيها الناس لذواتهم وللآخرين لبعض الأشكال السلوكية عندهم تسمى شروط أو ظروف الاستحقاق. هذا وإن شروط الاستحقاق والتقدير تؤثر في شخصية الفرد وتعتبر إطاراً مرجعياً.

رابعاً: مفهوم الذات عند روجرز:

يعرف كارل روجرز الذات (Self) أنها التنظيم المعرفي لمفاهيم الفرد وقيمه وأهدافه ومثله وهي الصورة المطردة لدى الفرد عن نفسه، ويعتقد كارل روجرز أن الذات هي جوهر الشخصية الإنساني وأن مفهوم الذات هو حجر الزاوية الذي ينظم السلوك الإنسان. (الداهري، 2000، 102)

بدأ روجرز بحوثه عن الذات مع باترسون وتوصلا إلى أن الذات تتكون وتتحقق من خلال النمو الايجابي، وأنها تتمثل في عناصر مثل صفات الفرد وقدراته والمفاهيم التي يكونها داخله نحو ذاته ونحو الآخرين ونحو البيئة وعن خبراته والناس المحيطين به وهي صورة الفرد وجوهره وهي تعني وجوده وحيويته وقد اختلف روجرز مع فرويد حول مفهوم الذات من حيث ارتباطها بالحاجات البيولوجية الكامنة في أعماق الذات وأختلف مع يونغ من حيث ارتباطها باللاشعور الذي يضم عواطف الفرد وأحاسيسه ألا أنه أتفق مع كورت ليفن وهولندزي من حيث النظرة الكلية التي يحملها الفرد من خلال خبرته الماضية والحاضرة والمستقبلية وأتفق مع وليم جيمس على أن الذات سلسلة الأفكار المستمرة لدى الفرد وتكون شخصيته وهي التي تكون نظرته للحياة. (أبو عيطة، 1997، 139)

ويرى كارل روجرز أن مفهوم الذات ثابتة إلى حد كبير، ولكن يمكن تعديله وتغييره حيث يرجع سلوك الفرد العادي إلى محاولة تحقيق الذات وقد يؤدي به ذلك إلى تعديل سلوكه بما يتناسب مع ما يحيط به فإذا كانت البيئة المحيطة غير مواتية فان مشكلات الفرد تزداد، وبالمقابل فان نمو الذات يؤدي إلى مزيد من الصحة والقوة وزيادة كفاءتها لتكوين علاقات أفضل مع الآخرين. (الديب، 1994، 14)

ويتأثر مفهوم الذات بخبرات الفرد المباشرة وقيم الآباء وأهدافهم وفكرة المرء عن نفسه، ويرى روجرز إن الفرد إذا أدرك نفسه على انه يتصرف في مختلف المواقف بما يتلاءم مع صورته عن نفسه فأنه يشعر بالكفاية والجدارة والأمن أما إذا شعر بأنه يتصرف خلاف فكرته عن نفسه يشعر بالتهديد والخوف. لذلك يحاول أن يتخلص من هذا التهديد عن طريق أشكال مختلفة من السلوك الدفاعي وتظهر عليه بوادر سوء التكيف. (الداهري، 2000، 103)

فيما يلي مناقشة لمكونات مفهوم الذات:

1) الذات الحقيقية (The real self):

تعتبر الذات الحقيقية قلب أو مركز مفهوم الذات، وهي تعني ما يكونه الفرد فعلا (ماذا يكون؟)، وبصفة عامة فإن الأفراد يشوهون الواقع الحقيقي بشكل أو بأخر، ونتيجة لهذا التشويه فانه من المستحيل إن نزيح الغطاء عن الذات الحقيقية ومن هنا فان الذات الحقيقية للفرد هي من علم الله وحده وليس من السهل على البشر أن يعرفونها.(الشناوي، 1994، 277).

2) الذات كما تراها الذات، الذات المدرَكة (Perceived self):

إن جانبا من الذات أسهل في التعرف عليه يتصل بكيف يرى الشخص ذاته، وهذا الجانب ينمو من خلال التفاعلات مع أناس آخرين ومع البيئة، فإذا كان الفرد محبوبا ومقبولا، فإن الذات تُرى كذلك. وإذا تعلم فرد ما انه لا أهمية أو لا قيمة له فانه سيرى ذاته على انه لا قيمة له، ويصبح هذا تطورا هاما لان مفهوم الذات يحافظ على الذات. (الشناوي، 1994، 277)

3) الذات كما يراها الآخرون "الذات الاجتماعية" (Social self):

يدرك الفرد الآخرين على أنهم يفكرون فيه بطريقة خاصة، وفي معظم الأحيان فان الفرد يحاول العيش في مستوى هذه التوقعات من جانب الآخرين. وتنشا الصراعات الداخلية عندما يكون هناك فجوة بين الذات المدركة والذات الاجتماعية.

4) الذات المثالية (Ideal self):

إن للأفراد طموحات وغايات يسعون لتحقيقها، وهذا هو الجانب المثالي من الذات وهو الذي يدمج الأدوار والتطلعات ليعطي للفرد وجهة لحياته. وتعكس الذات المثالية ما يود المرء أن يعمله ويكون الفرد في حالة صحية، وعندما لا يكون هناك اختلاف أو فرق كبير بين الذات المثالية وما يكون بوسع الفرد أن يعمله أو يقوم به فعلا. (الشناوي، 1994)

إن الذات المثالية تبدأ في الطفولة عندما يبدأ التطابق مع نموذج والدي وتستمر في التطور حتى المراهقة المتأخرة فتكون مركبا من السمات المرغوبة التي يمكن تصويرها في شكل شاب متميز ومرموق من الناحية الاجتماعية، أو ربما يكون في شكل تخيلي للإنسان الذي يتطلع لان يكونه. وانه حتى في الحالات شديدة الاضطراب فان مفاهيم هؤلاء حول ذواتهم المثالية تكون أكثر قربا لأحسن درجة من التوافق، عن مفاهيم الذات الراهنة (الذات المدركة) وتمثل الذات المثالية طاقة هامة تستخدم في الإرشاد المتمركز حول الشخص (قاسم، 1998، 64).

وهكذا فان روجرز ينظر إلى مفهوم الذات كمفهوم متطور عن تفاعل الكائن الحي مع البيئة، ولذلك يكتشف الفرد ذاته من خلال خبراته وتفاعله مع الأشياء ومع الآخرين في محيطه **ويوجد ثلاث أمور أساسية ترتبط بمفهوم الذات وهي:**

أ) **تحقيق الذات:**

يعتبر روجرز أن تحقيق الذات يتمثل بالديناميات التي تصف الإنسان من بدايته كالطفل حتى يبلغ مرحلة الرشد بالإضافة إلى ذلك فقد رأى فيها كل العمليات التي يمايز بها الإنسان نفسه عن الآخرين ويميز بها مابين وظائفه البيولوجية العضوية ووظائفه الاجتماعية وذلك عند مسيرته المتجهة نحو تحمل المسؤولية الذاتية ويرى روجرز أن تحقيق الذات خطوة لا بد منها حتى تتمكن الشخصية من القيام بأي شيء وتعتبر هذه الخطوة نقطة البدء وعمل الإنسان إلى تحقيق ذاته يبدأ من البسيط إلى المعقد ويرى روجرز بان عملية تحقيق الذات تمثل بالنسبة للناس هدفا يسعون إلى تحقيقه سواء كان ذلك بشكل واع أو غير واعٍ وان دافع تحقيق الذات دافع فطري موروث ويعتبره انه أعظم شيء يمكن أن يخلقه الإنسان مدى حياته هو نفسه (ذاته) التي تبزغ عنها كل الأشياء الإبداعية كالاختراعات والأعمال الفنية والأنظمة الاجتماعية لكن قبل أن يخترع الإنسان ويخلق الابتكارات عليه أن يخلق ذاته أولا.

ب) **إبقاء الذات:**

بعد أن يقوم الإنسان بتحقيق ذاته إلى أقصى درجة يستطيعها تأتي مهمة الإبقاء على هذه الذات المحققة. وفي مستوى إبقاء الذات فانه على الفرد أن يفهم ذاته إلى أقصى حد ممكن لان الإبقاء على مستوى معين من تحقيق الذات يؤدي فيما بعد إلى ثراء ونضج وتشعب الشخصية كلها. وتوجد ديناميات إبقاء الذات التي تسبب الضغوط أو التوتر في بعض الأحيان وذلك لكي تحافظ على المستوى الذي وصل إليه الإنسان من تحقيقه لذاته ويرى روجرز أن السلوك لا يصدر مباشرة عن أشياء حدثت في الماضي بل أن أي سلوك يقوم به الفرد يواجه حالة راهنة.

ويميز روجرز بين الإبقاء على الذات وبين حفظ التوازن الداخلي فهو يرى أن الفرد يجري في رحلة الحياة وهذه الحياة عملية متغيرة وليست جامدة أو موضعية.

ويعتبر الانفتاح على الخبرة جزءا من عملية إبقاء الفرد لذاته فالإنسان عندما يقوم بأشياء جديدة يمكنه أن يخلق تغذية راجعة ايجابية بناء للذات أما إذا ابتعدت الشخصية عن إثراء عملية الخبرة بالنسبة للذات فان ذلك سوف يؤدي إلى خلق إطار مرجعي خاطئ لدى الفرد إلى حد بعيد.

ج) تقوية الذات:

بعد أن يقوم الفرد بتحقيق ذاته والإبقاء عليه تظهر لديه رغبة في تقوية ذاته. فالحياة هي أكثر من مجرد الحصول على ما لدينا والاحتفاظ به والفرد يحاول أن يطور وضعه الراهن وأن يتجاوز حدوده. إن تحقيق تقوية الذات ليس مهمة بسيطة وسهلة إذ أنها تأتي نتيجة للصراع والجهد والألم ويمكن أن نشبهها بعبارة خطوة إلى الأمام وخطوة إلى الخلف وهي عملية فقد الفرد لأهدافه أو بعضها واكتسابه لأهداف أخرى. ويرى روجرز أن من مزايا الفرد أن يقوي ذاته لأن الإنسان عليه أن يكون أكثر من إنسان آلي. كما ركز روجرز على السعي القوي للفرد نحو الحرية وذلك من أجل تقوية ذاته وشخصيته. (غنيم، 1987، 768 – 770)

خامساً: أهداف نظرية العلاج المتمركز حول المسترشد:

تهدف هذه النظرية إلى أن يستبصر المسترشد بأحواله ويقوم بتفسير سلوكه بدلا من أن يقوم بها المرشد، وذلك بإيصال المسترشد إلى حالة من الوعي (Consciousness) والبصيرة (Insight) والفهم لمشاكله ومن ثم إصدار القرارات، حيث يركز هذا الإرشاد في الشخص المصاب نفسه كيف يشعر؟ وكيف ينظر إلى الحياة؟ ما هو رأيه في نفسه؟ ما هي علاقته بالآخرين؟. والدافع الأساسي عند روجرز هو المحافظة على الذات وتوكيدها، ومساعدة الفرد أن يكتشف نفسه ومساعدته على أداء وظائفه، واتخاذ قراره وحل مشكلاته وتحقيق ذاته، ويقول روجرز: " إن العلاج (الإرشاد) النفسي غير الموجه هو موقف جاهزية وصدق، يتيح إدراك رسالة المتحدث في كليتها، إنه تنصت، انفتاح دون تحفظات، حضور دون دفاع

ولا عدة حرب أمام الآخرين حتى يقوم تواصل أصيل، إنه بصورة أساسية، اتجاه احترام المسترشد وثقة وتقديره تقديرا إيجابيا غير مشروط، وهذا يقوم في ظل المشاركة العاطفية حتى يشعر المسترشد بها في مثل هذه العلاقة تنتج ثقة المسترشد في أن يتحدث بصدق عن مصادر وأنواع التهديد التي يتعرض لها أو يشعر بها، وبذلك تنخفض صراعات المسترشد الداخلية وتزداد ثقته بنفسه وينخفض التهديد فيحدث الانسجام بين المسترشد وخبرته وبين ذاته المثالية وذاته الواقعية، واتجاه المعالج غير الموجه لا ينتمي على الإطلاق إلى السلبية أو اللامبالاة. (سيلامي، 2001، 1701)

وتتلخص أهداف هذا الإرشاد بالنقاط الآتية:

1. "يرى روجرز أن الإرشاد عبارة عن فك لتنظيم الذات ثم إعادة تنظيمها ويتطلب ذلك تكوين نسق من القيم والمعايير قائم على أساس مشاعر الشخص وخبراته الذاتية بدلا من القيم القديمة المستعادة". (موسوعة علم النفس، 1999، 105)
2. تشجيع المسترشد على التعبير عن نفسه دون تحفظ وتعزيز أناه وإطلاق سيرورة النضج الوجداني الغائصة في مقاومات عصابية إطلاقا جيدا. (سيلامي، 2001، 1702)
3. "مساعدة المريض (المسترشد) على النمو النفسي السوي وتحقيق الصحة النفسية عن طريق إزالة الأسباب التي أدت إلى المشكلة والقضاء على أعراضها وزيادة بصيرته بالنسبة لمشكلاته السلوكية وتعديل السلوك غير السوي، وتعلم السلوك السوي وتغيير الدوافع والانفعالات التي تكمن وراء السلوك غير السوي، واكتساب القدرة على ضبط هذه الدوافع وتلك الانفعالات وتغيير مفهوم الذات الموجب بما يحقق ازدياد قوة الذات وازدياد تماسك وقوة الشخصية وزيادة القوة على حل الصراع النفسي وزيادة القدرة على حل المشكلات بطرق أجدى وأكثر والحيلولة دون ازدياد الحالة سوءا أو حدوث نكسة

وزيادة تقبله لمسؤوليته الشخصية عن حالته وعن تقدم العلاج نحو تحقيق أهدافه". (زهران، 1997، 286)

4. "يركز العلاج (الإرشاد) المتمركز حول المسترشد على إحداث التطابق بين الذات الواقعية (Real – self) وبين مفهوم الذات المدرك ومفهوم الذات المثالي (Ideal – self) ومفهوم الذات الاجتماعي (social – self)، ويركز حول تغيير مفهوم الذات بما يتطابق مع الواقع. وإذا تطابق السلوك مع مثل هذا المفهوم الأقرب إلى الواقع كانت النتيجة هي التوافق النفسي، ولكن استخدام طريقة العلاج النفسي المتمركز حول العميل هو نضج العميل وتكامله بدرجة تمكنه من أن يمسك بزمام مشكلته في يده وأن يعالجها بذكاء تحت إرشاد المعالج غير المباشر" (زهران، 1997، 281)
5. تهيئة الظروف المناسبة أمام المسترشد لتغيير نموه وتطوره بالشكل الصحيح.
6. مساعدة المسترشد على النضج بشكل سليم وإزالة العوائق أمام تحقيق الذات.
7. تحرير الفرد من جميع أنماط السلوك الخاطئة التي تعلمها سابقاً والتي تعيق ميله لتحقيق ذاته.
8. مساعدة المسترشد على التعايش بشكل إيجابي ومنتج.
9. مساعدة المسترشد لتحقيق ذاته بحيث يعمل على خفض الحاجات التي يكون منشؤها بيولوجياً وأن يكون إبداعيا في سلوكه.
10. تغيير شخصية المسترشد بحيث تصبح أكثر تقبلاً لذاته وللآخرين.
11. تحرير طاقة النمو داخل الفرد سواء كانت كامنة أو معاقة.
12. الكشف عن المشاعر والدوافع المكبوتة التي تتركز حولها المشكلة وكذلك الكشف عن الصراعات التي يعاني منها المسترشد.
13. التركيز على المشاعر السلبية التي تصدر من المسترشد والتي قد تتحول نحو المرشد، وتشجيع المسترشد على مواجهتها بصراحة والاعتراف بأنها منحرفة وضارة ويجب التخلص منها.
14. تدعيم ثقته بذاته.

وبذلك يكون هدف الإرشاد المتمركز حول المسترشد التدخل بشكل يسمح بإزالة التعارض بين خبرات الشخص الذاتية ومفهومه لذاته ولهذا يجب العمل على دمج وإحكام الارتباط بين مكونات الشخصية ومفهوم الذات التي كانت معزولة عن بعضها بسبب انهيار وسائل الدفاع النفسية ويعني ذلك أن هدف الإرشاد هو جعل جهاز التقويم الذاتي في متناول الشخص نفسه مما يجعل نظام التقويم والتحكم يصبح داخلياً وليس خارجياً.

سادساً: خصائص النظرية:

1. الإرشاد المتمركز حول المسترشد عكس الأسلوب الذي يضع السلطة في يد المرشد، والتركيز على إعطاء النصائح، وبدلا من التمركز حول المرشد، فإن التمركز يكون حول المسترشد نفسه، حيث يهدف إلى إيصاله إلى حالة من الوعي والبصيرة وفهم مشاكله ومن ثم إصدار القرارات.
2. يهتم المرشد بحاضر المسترشد أكثر من اهتمامه بمستقبله أو بمستقبل سير الحالة، كما لا يهتم بالتشخيص ومعرفة أسباب الحالة.
3. يعتمد المعلومات التي يقولها المسترشد عن نفسه. وفي نظر روجرز إن المسترشد، وليس المرشد،هو الذي ينبغي أن يتخذ القرارات.
4. الاختلاف الجوهري بين هذا المنهج وغيره من المناهج الإرشادية هو ترك مسؤولية الإرشاد وتوجيهه ومجراه للمسترشد.
5. يركز هذا الأسلوب على السلوك الراهن ويحث المسترشد على مجابهة مدركاته الحالية والتي يجب أن تقوده إلى وضوح الرؤية بشأن نفسه. وهم يعتقدون أن الاضطراب الانفعالي ينشأ نتيجة للتهديدات الموجهة إلى صورة الذات ولذلك فإن تغيير المسترشد لاتجاهاته نحو نفسه تُحدث تغييرا في حياته بأسرها. وهذا الاتجاه الإرشادي يركز على قوى الفرد العقلية الواعية. (فطيم، 1993، 62)

6. هذا الأسلوب غير الموجه (Nondirective) لا يحاول أن يوجه انتباه المسترشد إلى مواضيع معينة، ولا يحاول أن يربط بين مشاكل المسترشد وخبراته الطفولية، إنه يوجه اهتمامه إلى اتجاهات المسترشد وسلوكه الحاليين، ولا يهمه معرفة تاريخ الفرد السابق، ولا يرى ضرورة للقاءات الأولى التي هدفها التعرف على المسترشد.
7. وتقع مسؤولية حل المشاكل على عاتق المسترشد، لهذا فهو حر في أن يحضر للإرشاد متى شاء، وأن يترك في الوقت الذي يراه مناسبا، والعلاقة بين الطرفين تقوم على الثقة. ويستطيع المسترشد أن يتكلم عن خبراته دون خوف أو تهديد مع حسن الاستماع والتقبل (acceptance) التام لكل ما يصدر عن المسترشد من قبل المرشد. (توق وعدس، 1998)
8. يهتم بالأسوياء والعاديين وأقرب المرضى إلى الصحة وأقرب المنحرفين إلى السواء، والمشكلات الأقل خطورة وعمقا والتي يصاحبها قلق عادي ويكون حل المشكلات على مستوى الوعي، ويعيد العميل تنظيم وبناء شخصيته هو، ويكون المسترشد أكثر نشاطا ويتحمل مسؤولية الاختيار والتخطيط واتخاذ القرارات لنفسه وحل مشكلاته، يستخدم المرشد المعلومات المعيارية في دراسة الحالة والوقت الذي يستغرقه قصير الأمد عادة. (سري، 1990)
9. استخدام هذا المنهج خلال الإرشاد عن طريق اللعب والإرشاد الجماعي بل حتى التدريس داخل حجرات الدراسة.

سابعاً: عملية الإرشاد النفسي:

إن طريقة الإرشاد المتمركز حول المسترشد تتجلى في إقامة علاقة إرشادية وتهيئة جو نفسي يمّكن المسترشد من أن يحقق أفضل نمو نفسي، وحدد روجرز هدف الإرشاد بأنه مساعدة المسترشد على النمو النفسي السوي وإحداث التطابق بين مفهوم الذات الواقعي وبين مفهوم الذات المثالي ومفهوم الذات الاجتماعي، أي أنه يركز على تغيير مفهوم الذات بما يتطابق مع الواقع، وإذا تطابق السلوك مع هذا المفهوم الأقرب إلى الواقع كانت النتيجة هي التوافق النفسي.

وتنقسم الطريقة الإرشادية وفقاً لهذه النظرية إلى قسمين:

- **الأول هو التلقائية (Spontaneity):**

وهي جعل المسترشد يستبصر بالأمور والمشكلات التي يعاني منها، والتي من خلالها تظهر له نتيجة مفهومة عن ذاته ومفهوم الآخرين عنه، ومن خلال هذا الاستبصار (Insight) يلمس مدى الاختلاف بين مفهوم ذاته وممارساته الفعلية وخبراته.

- **الثاني هو التعاطف (Empathy):**

الذي يعني تلقي المسترشد التشجيع على الاستمرار في الجلسات الإرشادية والقبول، ويعني هنا القبول، تقبل المرشد للمسترشد بكل عيوبه وسيئاته، فضلا عن استشفاف مشاعر المرشد لحظة بلحظة ومشاركته فيها، وشعوره بالاهتمام في حل مشكلته. ولكي يصل المسترشد إلى مرحلة الاستبصار بأسباب مشكلته، فانه يحاول أن يفهم ذاته الحقيقية، ويتقرب في التعرف عليها في أثناء الجلسات الإرشادية من خلال الإمكانيات والقدرات والظروف التي يتحدث عنها في الجلسات الإرشادية، لأن المشكلة ببساطة حسب ما تراه هذه النظرية الصراع بين تحقيق الذات والتحقيق الإيجابي للذات وفقاً للمعايير الاجتماعية والأخلاقية السائدة في المجتمع.

ويمكن تحديد مسار العملية الإرشادية بما يلي:

1. يستحث المرشد المسترشد على تحديد المشكلة مع طمأنته وتعريفه بأنه ليس الوحيد الذي يعاني من مثل هذه المشكلات وأن علاج المشكلة سهل ميسور، مع التأكيد على أن الفرد القوي هو الذي يواجه مشكلاته مواجهة علمية واقعية، ولا يهرب منها ولا يتجاهلها ويطلب المساعدة في حلها. ويشجع المرشد المسترشد على التحدث عن ذاته كما يدركها ويفهمها وكما هي في الواقع الآن وعن ذاته كما يود أن تكون وعن ذاته كما يراها الآخرون.

2. يشجع المسترشد على الا يتردد في ذكر اي شيء خاص بالمشكلة دون قيد أو شرط تاركا العنان بحرية لأفكاره واتجاهاته ورغباته وإحساساته وخبراته تسترسل بطلاقة من تلقاء نفسها دون تحفظ، مهما بدت تافهة او مخجلة او مؤلمة.
3. يحاول المرشد أن يعطي التوضيحات والتفسيرات ويجيب على أسئلة المسترشد المباشرة في أثناء سير العملية الإرشادية بصورة هادئة ومناسبة، مع تعزيز المسترشد ورفع معنوياته بشكل متواصل على انه قادر على حل مشكلته، لكن بشرط أن لا يعطيه حلولاً جاهزة، بل يترك أمر الوصول إلى حل المشكلة للمسترشد نفسه (يحل مشكلته بنفسه بعد الوصول إلى مرحلة الاستبصار بأسبابها).
4. يشجع المرشد المسترشد على البحث عن الأسباب الحقيقية الخاصة بالمشكلة في ضوء المبدأ القائل أنه لا شيء يأتي من لا شيء باحثين في كافة جوانب حياة العميل مثل العيوب الوراثية والأمراض الجسمية والخبرات الأليمة وغيرها.
5. ثم يلفت نظر المسترشد إلى أهمية الفحص والكشف الدقيق سعيا نحو التشخيص الموفق والعلاج الناجح، وهدف الفحص هو فهم شخصيته ومعرفة نواحي قوته وضعفه. وما يعجبه في نفسه وما لا يعجبه وحاجاته المشبعة وغير المشبعة وفهم حياته الحاضرة والماضية وتطلعاته للمستقبل وعلاقة ذلك بمشكلته. ويؤكد المرشد للمسترشد أنه يثق في تقريره الذاتي عن نفسه لأنه ليس هناك من هو أعرف بنفسه من نفسه. وهنا يشجعه أن يكشف له عن ذاته الخاصة في صدق وصراحة وأن يعرف المسترشد أن هذه الطريق توصلنا للتشخيص السليم.
6. بعد مرور عدة جلسات إرشادية، يحاول المرشد أن يعطي تأويلات لمشاعر المسترشد المتدفقة لاسيما المشاعر الهائمة أو المكبوتة، على الرغم من أن المسترشد يحاول أن يخفي بعض هذه المشاعر، لكن على المرشد أن لا يهتم بذلك تاركاً المجال لزيادة الثقة والاطمئنان بالعلاقة الإرشادية لكي يتمكن المسترشد من البوح والكشف عن أسرار أو خفايا أدق عن أسباب المشكلة، وهو

كثيرا ما يحدث بعد مرور عدة جلسات إرشادية والتزام المرشد بمتطلبات العملية الإرشادية وشعور المسترشد أن الهدف العام للعملية الإرشادية هو الحل الجدي لمشكلته.

7. يعمل المرشد على تهيئته الجو المشبع بالأمن والتقبل والراحة والخالي من التهديد والتوتر والقلق بحيث يتيح فهم السلوك وإقامة علاقة إرشادية أساسها الاحترام والفهم والثقة المتبادلة، وإتاحة الفرصة لتفريغ الانفعالات والتعرف على نواحي القوة لزيادتها ونواحي الضعف لعلاجها. وتستمر جلسات العلاج ويحدد إنتهاؤها بتحقيق الهدف وشعور المسترشد بقدرته على الاستقلال والثقة بالنفس والقدرة على حل مشكلاته وشعوره بالصحة النفسية.

8. لابد في نهاية الجلسات الإرشادية مهما كان عددها من إجراء تقويم شامل لسير العملية الإرشادية (يقوم بها المرشد نفسه أو بينه وبين المسترشد مباشرة) لرؤية مدى التطور أو التغيير الحاصل على مفهوم الذات لدى المسترشد، فضلا عن معرفة الرؤية المستقبلية التي تكونت لدى المسترشد عن تحقيق ذاته. ويصبح المسترشد مستعداً لمراجعة وإعادة تكامل بناء ذاته ويصبح أكثر حرية وطلاقة في التعبير عن الخبرات الخاصة. ويصبح أكثر تقبلا لخبراته، ويترجم البصيرة إلى فعل وسلوك، ويزداد اعتماده على نفسه، ويزداد التطابق بين مفهوم الذات والخبرة والذات المثالية، ويتخلص من تهديد محتوى مفهوم الذات الخاص ويصبح أكثر موضوعية وواقعية، وترتفع مكانة الذات ويقل القلق ويتقبل العميل ذاته ويتقبل الآخرين ويزداد التوافق النفسي. (زهران، 1997)

تتجلى مهمة المرشد في خلق جو من المودة والتعاطف والتقبل والتوضيح، وإتباع مجموعة من المعطيات لتكوين صورة عن المسترشد وذلك كي يدرك المشكلة كما يراها المسترشد. والمرشد لا يقوم بإعطاء وسيلة الإرشاد ولا يقترح على المسترشد ما يجب عمله، ولذلك فإن دور المرشد هو فقط معرفة عالم المسترشد دون الدخول فيه، لذلك يجب أن يكون التعاطف موضوعياً وبدون أي تدخل، كما

يعكس مشاعر المسترشد ومدى فهمه واستيعابه لما يقوله ويشعر به. وبذلك يسهل عليه فهم مشاكل المسترشد ويساعده على حلها.

ونستطيع تلخيص دور المرشد بالنقاط التالية:

1. أن يدرك المرشد العالم المحيط بالمسترشد كما يراه المسترشد.
2. أن يدرك المرشد المسترشد كما يرى نفسه.
3. أن ينقل المرشد للمسترشد هذا المفهوم بالمشاركة العاطفية.
4. ترك الفرصة للمسترشد في أن يقوّم مشكلته من خلال ألفاظ تساهم في عملية التقويم. (الزيود، 1998، 202)
5. بذل مجهود كبير لفهم كلام المسترشد ومشاعره التي يعبر عنها سواء بالكلمات أو التعبيرات أو الإشارات أو الإيحاءات.
6. نقل هذا الفهم إلى المسترشد بالكلمة المنطوقة أو بالاتجاه النفسي العام نحو تقبل المسترشد.
7. إعادة المشاعر التي عبر عنها المسترشد في شكل ملخص بين الحين والآخر.
8. شرح طبيعة العلاقة الإرشادية وحدودها بين الحين والآخر، والتعبير عن ثقة المعالج في قدرة المتعالج على حل مشاكله بنفسه.
9. قد يوجه المرشد الأسئلة للمسترشد للمساعدة في مواجهة مشاكله.
10. قد يقاطع المرشد المسترشد مستوضحا ما يقوله أو ما يشعر به ولكنه لا يقدم تفسيرا أو تأويلات وإنما تلخيصا لما يشعر به المسترشد نفسه وليس المرشد.
11. لا يقدم المرشد الاستبصار أو النصيحة أو المدح أو التوبيخ أو التعليل ولا يقترح برامج للنشاط.
12. لا يتدخل المرشد لشرح الأمور من وجهة نظره الشخصية أو وفق مفاهيمه ومعتقداته.

وهناك مجموعة من الشروط الواجب توافرها في المرشد وأهمها:

1. أن يكون متوافقاً نفسياً لا يحتوي مفهومه عن ذاته الخاصة على خبرات مهددة لا تتفق مع بيئة الذات أو مع المعايير الاجتماعية.
2. أن يكون لديه شفافية وحساسية تجاه ما يطرحه المسترشد وأن يقبله ويشجعه ويفهم وجهات نظره.
3. ينبغي أن يكون المرشد صبوراً ومستمعاً يقظاً.
4. أن يكون قادراً على حمل الحب والاحترام للمسترشد، فالاعتبار الإيجابي غير المشروط يكون حاضراً عندما يتقبل المرشد المسترشد وعدم الحكم على مظهره أو أفكاره أو أفعاله أو حتى رؤية حصيلة المعالجة إن كانت سيئة أو جيدة. (Palmer، 2000)
5. أن يكون مخلصاً في مشاعره تجاه المسترشد، مستمعاً جيداً، متفاعلاً بعيداً عن الوعظ والتفسير لما يصدر عن العميل، فيتقبل ما يصدر عن المسترشد من مشاعر وسلوكيات سلبية.
6. أن يكون جاداً أصيلا في انسجامه مع المسترشد وصلته به.

وإذا ما توفرت الشروط السابقة فإنه يصبح على المسترشد أن يقوم بمعظم الحديث، وهنا تتاح له فرصة طيبة لإخراج أو لطرح ما يجثم فوق صدره. وعندما يتوقف المسترشد متوقعاً من المرشد أن يقول شيئاً ما فإنه فقط يقدر ويقبل المشاعر التي عبر عنها المسترشد.

فعلى سبيل المثال إذا اشتكى المسترشد من كثرة لوم أمه وتأنيبها له، فإن المرشد يقول: أنت تشعر أن أمك تحاول أن تتحكم فيك، وتكون معظم جهود المرشد متمركزة حول توضيح مشاعر المسترشد التي عبر عنها وليس من هدفه أن يصدر حكماً عليها أو أن يعلق عليها. (موسوعة علم النفس، 1999، 101)

ونشير هنا إلى أهمية العلاقة الإرشادية والتي لابد من أن يتوافر فيها أهم ما يلي:

- أن تصبح العلاقة الإرشادية ليست مجرد علاقة عقلية ذهنية يعمل فيها المرشد على تزويد المسترشد بالمعلومات أو التوجيهات أو التفسيرات للسلوك ودوافعه، وإنما العلاقة المطلوبة هي تلك التي تساعد المسترشد على أن يكتشف ما بداخله من قدرات وعلى أن يستخدم تلك العلاقة لمواصلة نموه وتطوره.
- أن تهدف العلاقة الإرشادية إلى إحداث تغيير في بناء شخصية المسترشد على المستويين السطحي والعميق معاً، مما يؤدي إلى وحدة الشخصية وإلى الحد من الشعور بالصراعات الداخلية، وإلى زيادة الطاقة المستخدمة من أجل العيش بشكل فعّال وإلى تغير السلوك من سلوك غير ناضج إلى سلوك أكثر نضوجاً.
- أن يتوفر الاتصال الشخصي بين شخصين أحدهما المرشد والآخر المسترشد ويعني ذلك ضرورة وجود علاقة وقناة اتصال من أجل حدوث تغيير إيجابي في الشخصية يقضي على عدم التوافق أو القلق ويزيل التفاوت الذي يشعر به المسترشد بين واقعه وبين الصورة المثالية التي يراها لنفسه.
- أن يكون المرشد في حالة توافق نفسي وأن يكون واعياً بسلوكه فلا ينشغل بأمور أخرى أو بمشاكله بدلاً من المسترشد الجالس معه.
- أن يتم تقبل المسترشد بدون قيد أو شرط دون الحكم عليه أو على ما يقوله بما في ذلك نواحي ضعفه وقوته، أي أن يتقبل المرشد المسترشد كإنسان كما هو، بصراعاته واضطراباته وجوانبه الحسنة والسيئة وبحيث يُظهر المرشد الاحترام الإيجابي للمسترشد كإنسان ذي قيمة.
- أن تتسم العلاقة بالفهم العميق للمسترشد، ويتضمن ذلك الفهم المتسم بالتعاطف مع المسترشد في عالمه كما يراه المسترشد نفسه، وأن يشعر المرشد بشعوره، ويؤدي هذا التفهم من المرشد إلى تشجيع المسترشد على اكتشاف نفسه بحرية وبعمق، وعلى تفهمها وتقبلها ويشترط أن يحدث ذلك دون اللجوء إلى إجراء التشخيصات أو عمليات التقويم التي تعتبر أموراً خارجية ولا تساعد على النمو والتطور.
- أن ينجح المرشد في توصيل فهمه إلى المسترشد بحيث يشعر بحد أدنى من تقبل المرشد له وتعاطفه معه (القذافي، 1997، 136).

ويرى الزيود أن هناك جوانب أساسية للعلاقة الإرشادية وهي:

1. **التقبل:**

يجب أن يتقبل المرشد المسترشد كما هو، كما يجب أن يكون المرشد متكاملا ومتماسكا ولا يوجد عنده تناقض.

2. **التفهم:**

عندما يجعل المرشد نفسه في عالم المسترشد الخاص ويتفهمه يساعد المسترشد بالكشف عن أعماق ذاته، وما يطويه بداخله.

3. **الاستماع:**

إن الاستماع عند المرشد أهم بكثير من الكلام،لأن هذا يكشف للمرشد عن مكنونات المسترشد من خلال الألفاظ التي يتلفظ بها أو الحالة التي يكون بها.

4. **التعاطف:**

إن التعاطف أساس العلاقة الإرشادية لهذه النظرية برأي روجرز.

5. **الاحترام الإيجابي الدافئ غير المشروط:**

وهي تقبل المسترشد كما هو لتساعده بالشعور بالألفة والحرية بالتعامل مما يؤدي إلى فتح الذات في الجلسة الإرشادية.

6. **عدم الزيف (الحقيقة):**

إن طريقة تعامل المرشد بالوضوح يؤدي بالمسترشد إلى الوضوح والتلقائية في التعبير.

7. **الاحترام:**

من الأمور المهمة في العلاقة الإرشادية احترام المرشد للمسترشد، مما يساعد المسترشد إلى الوصول إلى ذاته وتقويمها.

8. **الفورية:**

يجب على المرشد الانتباه إلى أن الجلسة الإرشادية ليست لحل أو عرض مشاكله، فينفعل خلال الحديث ويعرف شعوره الذي يتوالد نتيجة حديث المسترشد.

9. **الواقعية:**

على المرشد توصيل المسترشد إلى التفكير الواقعي.

10. **المواجهة:**

أن يعلم المرشد بأفكار وسلوكيات وبيئة المسترشد كما يراها المسترشد وينقلها له، بالإضافة إلى ترك الفرصة للعميل باستخدام الألفاظ التي تروقه. (الزيود، 1998، 199).

وحيث إن العلاقة بين المرشد والمسترشدين تتأسس على التفاهم والقبول، يتوقع من المسترشدين أن يكتسبوا تدريجيا القدرة على حل صراعاتهم. ويرى روجرز أن هذه العملية تتم على ثلاث خطوات هي:

1. أنهم يبدؤون ممارسة وفهم وقبول المشاعر والرغبات مثل الجنسية والعدوانية التي سبق أن أنكروها في الشعور.
2. يبدؤون في فهم الأسباب الكامنة وراء سلوكهم.
3. يبدؤون في رؤية طرق يستطيعون من خلالها اتخاذ صور من السلوك أكثر إيجابية وفي عبارة موجزة يتعلمون أن يكّونوا أنفسهم. (موسى، 1985، 490).

ثامناً: النظرة إلى الاضطراب النفسي:

تركّز نظرية روجرز على أن الاضطراب النفسي ينشأ من وجود شروط للأهمية تقف حائلاً بين الفرد وإشباع حاجاته للاعتبار الايجابي من جانب الآخرين مما يضطره إلى إنكار جانب من خبراته ومحاولة إبعادها أو تشويه الواقع وبذلك لا تضاف الخبرة إلى الذات وينشأ عدم التطابق الذي يعتبره روجرز مرادفاً للاضطراب النفسي أو العصاب. وبما أن أهم عامل في الشخصية من وجهة نظر روجرز هو مفهوم الذات، لذلك فإن أي إحباط يعوق ويهدد إشباع الحاجات الأساسية للفرد ينتج عنه تقويم سيئ للذات ونقص احترام الذات. فالحرمان أو الإحباط فالاضطراب هو التهديد الذي يمكن أن يأخذ أشكالاً مختلفة، ولكنه يكون موجهاً إلى بناء الذات ومفهومنا عن ذواتنا، ويحدث التهديد تبعاً لادراكاتنا المختلفة للخبرات التي يمر بها نظام القيم الذي يحمله الفرد والذي يوجه عملية الانتقاءات للخبرات فإذا كان نظام القيم لدينا مأخوذا عن الآخرين وليس نابعاً عن الأصالة فإننا نستمر في الضياع أو الشعور بعدم التفرد أي أننا لا نكون أصحاب ذواتنا. (الزيود، 1998، 187). ويعّرف روجرز التهديد Threat بأنه تلك الحالة التي يدرك فيها الفرد شعورياً أولا شعورياً تناقضاً أو عدم تجانس بين الخبرة ومفهومه عن ذاته، وهذا يعتبر تهديداً لأن شخصية الفرد لم تعد ثابتة ومنسقة بشكل كامل، كما أن هناك عدم تنظيم بدرجة معينة قد تحدث حينها (إنه يمثل درجة من التفكك). (عبد الله، 2000، 349)

ويلخص روجرز تطور عدم التطابق بين الذات والخبرة فيما يلي:

1. بمجرد أن تنمو شروط الأهمية فإن الناس يستجيبون لخبراتهم الذاتية بطريقة انتقائية فالخبرات التي تكون متسقة مع شروط الأهمية تدرك وترمز بصورة دقيقة في الوعي أما الخبرات التي لا تتسق مع شروط الأهمية فإنها تشوه أو تستبعد من الوعي.

2. بعد نمو شروط الأهمية يحذفون من وعيهم تلك الخبرات التي قد تكون مفيدة لها.
3. إن الإدراك الانتقائي للخبرات الذاتية ينتج عنه عدم التطابق بين الذات والخبرة لأن بعض الخبرات التي قد تكون مساعدة على النمو الإيجابي قد تحذف أو تستبعد من الوعي ومتى حدث عدم التطابق بين الذات والخبرة فإن الفرد يصبح مستهدفاً للمرض النفسي وينشأ لديه عدم التوافق.

ومن المهم أن نلاحظ أن الخبرة لا تنكر أو تحرف في رأي روجرز لأنها تمثل خطيئة أو لأنها مضادة لمعايير المجتمع كما في نظرية فرويد للتحليل النفسي وإنما يتم استبعادها من الترميز من الوعي لأنها تتعارض مع بنية الذات. مثلاً لو كانت شروط الأهمية المستدمجة في ذات الفرد تتضمن كونه طالباً ضعيفاً فإن حصوله على درجة عالية في الامتحان قد تصبح خبرة مهددة وبذلك فإنها تحذف أو تستبعد من الترميز في الوعي وربما تسمع من هذا الشخص قوله على سبيل المثال أنه فقط كان محظوظاً وأن المدرس قد أخطأ في التصحيح أو كتابة الدرجة.

ويرى روجرز أن كل الأشخاص يمرون بعدم التطابق ومن ثم فإنهم يدافعون ضد بعض الخبرات عند ترميزها في الوعي وتحدث مشكلات عدم التطابق فقط عندما يكون هناك عدم تطابق شديد وبذلك فإن أي خبرة يمر بها الفرد يمكن أن تلقى واحداً من المصائر التالية:

1. يمكن أن ترمز بدقة في الوعي.
2. يمكن أن تحرف (تشوه) بحيث لا تصبح مهددة لبنية الذات بعد ذلك.
3. يمكن أن تستبعد من الترميز.

فإذا حدثت الحالتان: (2)، (3) فإن عدم التطابق يكون النتيجة وإذا كان عدم التطابق شديداً فإن عدم التوافق النفسي يكون النتيجة. (الشناوي، 1994، 283 – 284)

إن الأفراد الذين يحرفون وينكرون خبرات محددة يتميزون بأنهم أكثر اندفاعاً لأنفسهم تجاه هذه الخبرات وما يشابهها مثل هؤلاء أفراد يكونون دائماً في حالات دفاعية وسلوكهم يمثل النتائج السلبية الكامنة للعمليات الدفاعية، إنهم يبحثون عن معنى حتى للأحكام البسيطة التي يصدرها الآخرون، إنهم سريعون في الإجابة إذا كانت تلك الأحكام سلبية ولكن من خلال إطارهم المرجعي الداخلي والخاص فإن الملاحظات والأحكام البسيطة تكون سلبية لأنه تم إدراكها واستقبالها بطريقة مشوهة ومحرفة فالناس الذين يدركون الخبرات ويستقبلونها بشكل غير دقيق هم غير قادرين على العمل وعلى أداء الوظيفة والتصرف بنجاح، إنهم منغلقون وكذلك ينقدون ويتجنبون المظاهر المهددة الكامنة للذات.

عندما يصبح عدم التجانس بين الخبرات والذات عظيماً وشديداً فإن دفاعات الفرد قد تعجز عن إقصاء مثل هذه الخبرات ونكرانها أو رفضها في حالات عدم الدفاع هذه (العجز عن الدفاع لقصور الآليات المتاحة) يكون الشخص على وعي كامل بالتهديد الحاصل نتيجة الخبرة غير المنسجمة وتناقضها مع الذات والنتيجة هي أن الذات بكاملها قد تحطمت وانهارت ويغدو سلوك الفرد مع الآخرين مفككاً ومضطرباً وفي الواقع فإن هذه التصرفات والسلوكيات (التفكك والاضطراب) قد تكون منسجمة مع الخبرات ولكن الفرد لم يعها مطلقاً بسبب تعرضها للنكران والرفض والتحريف.

إن التناقض وعدم التجانس بين الخبرة والذات عند الفرد قد يتم خفضها وإنقاصها عن طريق عملية إعادة التكامل في الشخصية، إن إعادة التكامل ترجع وتجدد التجانس بين الخبرة والذات من خلال الاحتفاظ بعملية الدفاع (عبد الله، 2000، 354). ولكي يحدث التطابق أو يزداد حدوثه ينبغي أن يحدث نقص في شروط الأهمية وزيادة في الاعتبار غير المشروط للذات ومن أهم الوسائل التي تحقق ذلك أن يتلقى الفرد اعتباراً إيجابياً غير مشروط من شخص آخر له أهمية وأن يتم توصيل مثل هذا الاعتبار غير المشروط في إطار من التفهم القائم على المشاركة (Empathy). فإذا ما أدرك الفرد هذا الاعتبار فإن ذلك يؤدي إلى إضعاف أو

تفكيك الشروط الخاصة بالأهمية التي استدمجها هذا الشخص من قبل فتزداد نظرته الإيجابية لذاته بينما ينخفض التهديد ويزداد التطابق بين الفرد وخبرته. ويصبح الفرد عند ذلك أقل استهدافاً لاستشعار التهديد وأقل دفاعية وأكثر تطابقاً ويزداد اعتباره لذاته واعتباره الإيجابي للآخرين ويصبح أكثر توافقاً من الناحية النفسية وتصبح عملية التقويم الصادرة عن الكائن الذي بداخله بشكل متزايد هي الأساس للسلوك المنظم كما يصبح الفرد قريباً من الأداء المكتمل (الشناوي، 1994، 284).

كما ينشأ في نظرية روجرز سوء التوافق والسلوك اللاسوي عن طريق النقد والعقاب الناتجين عن النظرة الموجبة المشروطة التي يلقاها الفرد في المجتمع فنحن عندما نجوع فإن المثيرات التي نعرف أنها تشبع فينا الجوع هي التي يتوجه إليها إدراكنا دون سائر المؤثرات التي نتجاهلها والإدراك انتقائي وهو ينتقي من نظرة موجبة مشروطة، الصور الرمزية،ومن الخبرات ما يتفق مع مفهوم الفرد عن نفسه.(عباس، 1996).

ويرى روجرز أن لكل فرد جهازين يصدر عنهما السلوك: الذات والكائن الحي بحاجاته العضوية وما لم يعمل الجهازان في انسجام فإننا نعاني التوتر وسوء التكيف بمعنى أن سوء التوافق يترتب على وجود هذه الحاجات العضوية والخبرات الحسية ولا يكون الفرد على مستوى الوعي بها ومن ثم لا تدخل بناء الذات ولا تنتظم فيه. فالذات هي التي تختار الخبرات التي تناسب بناءها وتستبعد تلك التي لا تناسبه وأي خبرة لا تتسق مع بناء الذات تدركها كتهديد وتدافع الذات عن نفسها بأن تنكر هذه الخبرات المهددة للشعور فتتباعد عن الواقع وكلما ازداد هذا النوع من الخبرات المهددة ازدادت الهوة بين الذات والواقع. ينشأ سوء التوافق والسلوك اللا سوي في نظرية روجرز عن طريق فشل الأفراد في إحداث التكامل بين خبراتهم ورغباتهم ومشاعرهم من جانب وصورة الذات من جانب أخر (موسى، 1985).

هذا وقد "اعتقد روجرز عن أن سبب العديد من المشاكل النفسية يمكن أن تعود إلى توقعات الناس عن أنفسهم كما هم حقيقة (الذات الحقيقية) والتي تختلف عن توقعات ماذا يجب أن يكون الناس (الذات المثالية). دعا روجرز هذا الفرق بين التوقعات الحقيقية والتوقعات المثالية ب (عدم الانسجام أو عدم التوافق – incongruence) وهدف الإرشاد المتمركز حول المسترشد هو التقليل من عدم الانسجام النفسي بالتجارب الجبرية التي ستجعل تحصيل الذات المثالية محتملة" (Rcarlson, 2000, 601).

ويرى الرفاعي أن نظرة روجرز إلى الشخص المضطرب: تكمن في أن الشخص الذي يشكو من اضطراب نفسي ليس شخصاً مريضاً كما هو الحال عند مصاب في جسمه يأتي إلى الطبيب للمعالجة، ويجب أن لا ينظر إليه على أنه مريض، إنه في الواقع إنسان يشكو من أمور تضايقه في موقفه من نفسه وفي شعوره بموقف الآخرين منه. إنه لا يمر بألم يأتيه مباشرة من إصابة بل تنطوي نفسه على مشاعر الضيق والتوتر وهو لذلك كله متعالج (aclient)، يحتاج إلى المساعدة ليصل إلى موقف مناسب من نفسه وشعوره بأن موقف الآخرين غدا يتناسب مع تقديره ذاته وبذلك يخلص من الشعور بالضيق والتوتر وبهذا المعنى لا يكون الاضطراب النفسي مرضاً (الرفاعي، 1982، 87).

تاسعاً: أهم التقنيات المستخدمة في هذه النظرية:

يُعتبر الإرشاد النفسي عند روجرز عملية ديناميية لا يمكن وصفها في كلمات، وقد ساعد استخدام المسجلات الصوتية وأشرطة الكاسيت المستخدمة في الدراسة والبحث على تقدم هذا الأسلوب الإرشادي. ويختلف الإرشاد المتمركز حول المسترشد عن طرق الإرشاد الأخرى في استبعاد الإجراءات الشكلية، فهو لا يتضمن استرخاء على الأريكة، ولا يتضمن تفسيرات وتبريرات منطقية معقدة يقوم بها المرشد، ولا يهتم بمعرفة ماضي المسترشد، ولا يقوم بتفسير أحلامه، وبدلا من ذلك فإن المرشد يشبه بدرجة كبيرة القابلة عند ولادة شخصية جديدة، إنه الشخص

الذي يساعد في إكساب المسترشد ما يخافه شجاعة، وفي كفاحه العميق ليكون محققا لذاته، ويتحقق ذلك ببطء عن طريق إنشاء علاقة شخصية بناءة مع المسترشد، وهذه العلاقة من النوع الذي يثير مشاعر واقعية، ومن ثم يكتشف المسترشد ما في داخله من قدرة على استخدام هذه العلاقة في التغيير الإيجابي وأن يعيد اكتشاف ميوله نحو تحقيق الذات، ولكي يحدث ذلك يجب أن يدرك المسترشد وجود ثلاث خصائص يعتبرها روجرز أساسية في أي علاقة إنسانية ناجحة وهي: الأصالة والتعاطف والاعتبار الإيجابي غير المشروط. (عبد الرحمن، 1998، 413)

وأهم تقنيات الإرشاد المستخدمة في هذه النظرية:

- المقابلة.
- مجموعات المواجهة.

1) المقابلة الإرشادية The guidance meeting:

وهذه المقابلة تمكن المسترشد الذي يعاني من مشكلة معينة من التعبير عن مشاعره وحاجاته ومن اتخاذ قرارات يشعر بالمسؤولية تجاهها، وعلى المرشد أن يهيئ المقابلة بحيث لا يدرك من المسترشد بأنه الخبير أو الشخص الديكتاتوري أو ممثل لمؤسسة ما، بل إن دوره غير ذلك، فهو شريك المسترشد في المقابلة، وينبغي أن يعمل لكسب ثقته. أما الأعمال التي يقوم بها المرشد الروجري فتتمثل بالمقابلة التي تمثل التكنيك الأهم في نظرية الإرشاد المتمركز حول المسترشد. وهي عبارة عن اختبار شخصي يسجل على شريط ويعرف باسم بروتوكول والهدف مساعدة المرشد لدراسة السلوك اللفظي للمسترشد. ويطرح روجرز ثلاث علامات أساسية هامة تتميز بها المقابلة الإرشادية وهي:

1. التقدير الإيجابي والدفء الانفعالي.
2. الفهم العميق للنظام الداخلي للمسترشد وإعطاؤه المحتويات المفهومة باستمرار.
3. تطابق سلوك المرشد وأقواله مع ما يعيشه في الواقع.

ويرى روجرز أن المشكلة قد تبدو لأول وهلة مشكلة نقص في المعلومات، ولكن قد تخفي وراءها أحيانا مشكلات ينبغي على المرشد أن يبحث عنها. ولكن يرى روجرز أن تقديم المعلومات قد يقوم بواحدة من الوظائف التالية:

1. قد تساعد المعلومات على أن يختار الفرد أحد الحلول الممكنة للمشكلة.
2. قد يؤدي تقديم المعلومات إلى الكشف عن الحقيقة للفرد، فأحيانا يشعر الفرد أن مشكلته هي نقص في المعلومات، وأنه إذا ما حصل عليها يمكنه أن يجد الحل لمشكلته، وبعد أن يقدم المعالج المعلومات اللازمة يتضح للمسترشد أن المشكلة ليست نقصا في المعلومات بل تمثل عجزه عن إدراكه لنفسه ولمحيطه.
3. قد تساعد المعلومات الفرد على أن يحقق الحل الذي اختاره.

يبدأ عمل المرشد بتصميم المقابلة، ويتطلب ذلك شرحاً لمعنى شروط الإتفاق بينه وبين المسترشد، ويوضح له أن العمل من أجل حل مشاكله هو مسؤوليته الشخصية وتبرز هنا النقاط التالية:

1. إن معظم جهود المرشد تتركز حول توضيح مشاعر المسترشد التي عبر عنها وليس من بين أهدافه أن يصدر حكماً على تلك المشاعر أو يعلق عليها.
2. أن يخلق المرشد جوّاً يشعر فيه المسترشد بقيمته الذاتية ومعناها،وقد ذكر روجرز ستة شروط كافية لتحقيق ذلك وهي:

- أن يكون الشخصان في حالة اتصال نفسي.
- يكون المسترشد في حالة عدم مسايرة لكونه سهل الإنجراح أو قلقاً.
- المرشد في حالة مسايرة وتكامل ضمن العلاقة الإرشادية.
- المسترشد يشعر بتقدير إيجابي غير مشروط.
- يفهم المرشد الإطار المرجعي الداخلي للمسترشد ويجاهد لإيصال ما يخبره إلى المسترشد.
- التقدير الإيجابي غير المشروط لدى المرشد.

3. يرحب المرشد بالمسترشد الذي يأتي بنفسه للمقابلة ويشجعه على الحديث بصدق وبث الثقة بنفسه.
4. يعتمد المرشد على التوجيه العقلي للمسترشد.
5. يعمل المرشد على تحقيق علاقة جيدة مع المسترشد خالية من الروابط العاطفية ومن السيطرة أو الضغط.
6. لابد من توافر الحماس والشعور بالمسؤولية لدى المسترشد.
7. السماح للمسترشد أن يعبر عن مشاعره، وعلى أن يقبل المرشد كل ما يقوله المسترشد.
8. يقوم المسترشد بتحديد المشكلة وتعريف المرشد بسهولة علاج هذه المشكلة.
9. يبحث المرشد عن الأسباب الحقيقية التي أدت إلى حدوث المشكلة بالبحث في تاريخ حياة المسترشد وأسلوب تربيته والخبرات التي مر بها.
10. يجب على المرشد أن يخبر المسترشد خطة الإرشاد التي وضعها بالاشتراك معه، ويكون المرشد مسؤولا عن صحة وموضوعية هذه الخطة، وعلى المسترشد التنفيذ، وترجمة هذه الخطة إلى سلوك، وأن يعرف المسترشد أن هدف الخطة هو علاجه وتحقيق الصحة النفسية لديه.
11. على المرشد أن يلتزم بحدود الموقف الإرشادي وأن تكون العلاقات الإرشادية علاقات بشرية وليست آلية.

ويستخدم روجرز طريقة تسهيل ما يدور في جلسات الإرشاد من أقوال وأفعال كي تساعده في تحليل العوامل المتفاعلة فيها حتى تتاح الفرصة للمسترشد لكي يجد من يشاركه في مشاعره ومشاكله مما يساعد على تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي للمسترشد. (شقير،2002، 235).

2) مجموعات المواجهة Encounter Group:

لم يكن كارل روجرز في بداية أمره مهتما اهتماما مباشرا بالإرشاد النفسي الجمعي، إلا إنه كان يشجع تلاميذه الذين يتبعون طريقة الإرشاد النفسي المتمركز حول المسترشد ليطبقوا أساليبه على الجماعات، وفي عام (1942) قدم روجرز عرضا شاملا لأرائه في الإرشاد النفسي والعلاج، وكان يرى عندئذ أن الإرشاد الجمعي هو الاسم الذي يطلق على محاولة ترجمة مبادئ العلاج الفردي إلى إجراءات جمعية تستند استنادا كبيرا إلى أساليب اللعب، ويبدو أن آراءه عن الإرشاد الجمعي في ذلك الوقت كانت تستند إلى ما يعرفه عن جماعات سلافسون العلاجية القائمة على النشاط. ودخلت الجماعات بعد ذلك مرحلة جديدة اتجهت فيها إلى الخبرات الجماعية المكثفة أو ما يسمى بمجموعات المواجهة الذاتية في جامعة شيكاغو على يد كارل روجرز وزملائه، وتضم جماعة المواجهة من (8 – 10) أفراد لديهم مشكلات متشابهة وتستمر الخبرة الجماعية المكثفة فترة تتراوح بين يومين إلى ثلاثة أيام (كعطلة نهاية الأسبوع) حيث تكون الخبرة الجماعية مكثفة وطوال الوقت فيما عدا وقت الراحة والغذاء أي أن الجلسات تستغرق ما بين عشرة إلى ستين ساعة من الخبرة العلاجية المكثفة وقد تمتد الجلسات إلى ثلاثة أو أربعة أسابيع. (فطيم، 1993)، (الزعبي، 2002).

الهدف من مجموعات المواجهة:

هو المساعدة في الوقاية من التوترات وفي حل الصراعات النفسية،وتتناول القيم والاتجاهات بالتعديل وبالتغيير، وإثراء وتحسين الاتصال بين الوالدين والأولاد. وتساعد جماعات المواجهة بصفة خاصة في حل المشكلات النفسية والاجتماعية، والمشكلات الزواجية.

ويقوم المرشد فيها بدور الميسر، أي ميسر التفاعل والتفاهم والعلاقات في جماعة المواجهة وللمرشد مسؤولية قيادية تتجلى أساساً في تسهيل التعبير الحر لدى أعضاء الجماعة عن المشاعر والأفكار. ووظيفة القائد الميسر أساساً هي تهيئة

المناخ الإرشادي الآمن نفسياً وهو مشارك نشط عند الحاجة إليه، صادق في مشاعره واتجاهاته، صبور متعاطف متقبل لأعضاء الجماعة كل على حدة وللجماعة ككل.

مراحل العمل في مجموعة المواجهة عند "روجرز":

(Encounter Groups، 1970) (ترجمة بتصرف)

ما الذي يجري حقاً في الإرشاد الجماعي؟

هذا هو السؤال الذي يُسأل غالباً من قبل الأشخاص الذين يفكرون بالانضمام لشخص ما! أو الذين يحتارون بعبارات الناس الذين مروا بتجربة سابقة.

إن هذا السؤال أصبح ذا أهمية كبيرة بالنسبة لروجرز الذي حدد / 15 / قضية أساسية (مرحلة) تحدُث في أثناء تدريب مجموعات المواجهة، يصف في كل مرحلة المشاعر والأحاسيس التي تدفع الفرد إلى مواجهة الجماعة والمواقف المختلفة واصفا الحوادث القابلة للملاحظة والطريقة التي تترابط فيها من وجهة نظره.

يعتقد روجرز أن التفاعل هو أفضل ما يمكن التفكير به كرسم متنوع وغني بالصور يختلف من جماعة إلى أخرى، وذلك مع وجود أنواع معينة من النزعات تظهر في معظم هذه المواجهات المكثّفة وأيضاً أنماط معينة تميل لتسبق وأخرى لتتبع.

1. مرحلة التردد والارتباك:

يقترح عضو في الجماعة التعارف والحوار والمناقشة، ويقترح آخر أنه يجب أن نعّرف بأنفسنا، وتُطرح أسئلة مثل: من يخبرنا ماذا نفعل؟ من المسؤول عنا؟ ما هو قصد الجماعة؟

الشخص (أ): سوف يعرض اقتراحا ما أو اهتماماً، باحثاً بشكل واضح عن استجابة من الجماعة.

الشخص (ب): بشكل واضح ينتظر دوره ويبدأ بشكل مختلف تماماً ومن زاوية أخرى. كأن لم يسمع للشخص (أ) أبداً. وهكذا يظهر أعضاء الجماعة في حالة ارتباك وتردد. ويكون دور المرشد هنا هو التوضيح بأن دوره ينحصر في مساعدة المجموعة في المواقف الصعبة، ولهم الحرية في اختيار موضوع الحوار. وكأن هذه المرحلة الأولى هي مرحلة اختيار قائد الجماعة.

2. **مرحلة المقاومة للاستكشاف والتعبير الشخصي:**

يُطلب من أعضاء الجماعة كتابة ما يعبرون فيه عن مشاعرهم التي لا يستطيعون الحديث عنها داخل المجموعة، وهنا نلاحظ انعدام الثقة بين أعضاء الجماعة مع صعوبة الكشف عن تلك المشاعر. فهذا أحد الأعضاء يكتب عن تجربته الخاصة قائلاً:

أحاول أن أظهر: قادراً، عارفاً، غير منزعج، متحرراً من المشكلات. لأقيم الدليل على هذه الصورة سوف أتصرَّف بطريقة ستبدو بمرور الوقت زائفة أو متكلفة أو ليست حقيقية أو سوف أحتفظ لنفسي بأفكاري التي إن عبرت عنها سوف أبوح عن ذاتي الناقصة.

في إحدى الجلسات المكثفة طُلب من الأعضاء أن يكتبوا بياناً مجهولاً "دون ذكر أسمائهم" عن بعض الأحاسيس أو الانفعالات التي يشعرون بأنهم غير راغبين في الحديث عنها أمام الجماعة. حيث كتب أحد الرجال ما يلي:

"لا أروي بسهولة للناس، لا أخترق المواجهة بسهولة، إن تحدثت لا شيء ممكن أن يؤذيني لكن لن أكسب شيئاً من البوح أيضاً".

في جلسة أخرى عندما بدأ رجل يشرح القلق الذي يشعره حول مأزق كان يمرُّ به في علاقته مع زوجته، قاطعه فرد آخر في الحديث وقال:

"أساساً هل أنت متأكد أنك تريد المضيّ بهذا الكلام، أم أنك قد أُغريت من قِبَل الجماعة للمضي إلى أبعد مما تريد؟ كيف تعرف أن الجماعة ممكن الوثوق بها؟".

كيف ستشعر عندما تخبر زوجتك حينما تعود إلى المنزل بما أخبرته وكشفته أمام أعضاء الجماعة أو عندما تقرر أن تخفي ذلك عنها؟ بالتأكيد ليس من السلامة أن تمضي إلى أبعد من ذلك؟ من الواضح تماماً أن تحذير العضو الثاني (المُتَدَخِّل) هو تعبير صريح عن خوفه الشخصي من كشف نفسه وضعف ثقته في الجماعة.

3. مرحلة وصف الأحاسيس والانفعالات الماضية:

يطلب من الفرد أن يصف مشاعره المسببة للاحباط، وذلك لمواجهة المشكلة ووصف مشاعره نحوها من خلال حوار ونقاش عميق. وهنا يُخبر منفذ الجلسة الإرشادية عن مشاعر الإحباط التي عاشها في مسيرة كهذه مع التأكيد بأمثلة عن حالات مر بها. وربات البيوت يخبرن عن المشكلات التي يعانينها مع أطفالهن.

4. مرحلة التعبير عن المشاعر السلبية:

تمثل هذه المرحلة رفض بعض الأعضاء تقديم نفسه للمجموعة، وهذا موقف سلبي، مؤكدا عدم التعاون والانغلاق على النفس. فإنّ التعبير الأول عن المشاعر الحقيقية والهامة والآنية ميّال للخروج بمواقف سلبية باتجاه أعضاء الجماعة الآخرين أو لقائد الجلسة الإرشادية.

في إحدى المجموعات حيث كان الأعضاء يُعرِّفون عن أنفسهم بمدة طويلة شيئاً ما، واحدة من النساء رفضت التكلم ورأت أنه من الأفضل أن تُعرف فيما هي عليه في الجماعة ولا تُعرِّف بمصطلحات عن حالها خارج الجماعة. وهذا طالب يتساءل: هل هذا هو المكان المناسب فعلاً الذي أستطيع أن أعبر به عن نفسي بشكل إيجابي وحتى بشكل سلبي، هل هذا حقاً هو المكان الآمن، أم أنني سأتعرض لعقوبة؟ وهنا نرى أن التعبير عن المشاعر الإيجابية وبشكل عميق يعتبر أصعب وأخطر من التعبير عن المشاعر السلبية.

5. مرحلة مناقشة واستكشاف المواد الهامة:

تمثل هذه المرحلة بداية الثقة بين أفراد المجموعة، فان المشاعر السلبية نُوقشت وقُبلتْ أو تم استيعابها بدون نتائج فاجعة. وهنا يّدرك الفرد وجود الحرية وإن كانت حرية محفوفة بالمخاطر، هناك جو الثقة الذي يبدأ يتطور.

- أحد الرجال يروي للمجموعة عن المصيدة التي وجد نفسه بها، فهو يشعر بأن الاتصال بينه وبين زوجته ميئوس منه.
- المعالج النفسي تحدث عن شعوره بالذنب نتيجة انتحار أحد مرضاه.
- رجل في الأربعين أخبر عن عجزه المطلق للتحرر من قبضة تحكم أمه به.

تبدأ العملية التي دعاها أحد أعضاء المجموعة الإرشادية (برحلة إلى مركز النفس) وهي غالباً عملية مؤلمة.

6. مرحلة التعبير عن المشاعر الشخصية:

إن الدخول في العملية باكراً أحياناً ومتأخراً أحياناً هو الجذب الصريح للانفتاح في التعبير عن المشاعر في الدقيقة الحالية من قبل فرد نحو الآخر. يكون هذا إيجابياً أحياناً ويكون سلبيّاً حيناً آخر.

على سبيل المثال تكون عبارات التعبير الأولية على الشكل التالي:

- أشعر بالتهديد.
- أنت تذكرني بوالدتي التي قضيت معها وقتاً قاسياً.
- بالنسبة لي أنت أشبه بالهواء النقي الذي أتنفسه في المجموعة.
- إني أحب ابتسامتك ودفئك.

إذاً كما لاحظنا بعض هذه الاتجاهات سلبي وبعضها الآخر إيجابي وفي كلتا الحالتين يجب أن نتروى بهذه التعابير والإفصاح عنها، مع أن الإيجابية منها تفيد في زيادة جو الثقة بين الأعضاء والمرشد وبين الأعضاء مع بعضهم.

7. مرحلة التطور في مقدرة الشفاء ضمن المجموعة:

تتمثل هذه المرحلة في إبداء الفرد قدرة طبيعية تجاه آلام ومعاناة الآخرين، ويبذل كل عضو الجهد للمساعدة في حل مشكلات الآخرين وتقديم العون لهم، والقدرة على استيعاب ما تقوله المجموعة. فقد كانت لدى أحد أفراد المجموعة ميول لمساعدة الآخرين، وفضلاً عن ذلك كان يتمتع بوعي وإدراك عميق. هذا النوع من المقدرات يظهر بشكل طبيعي في المجموعات التي تقود للشعور بأن القدرة على الشفاء أو العلاج شائعة في الحياة الإنسانية أكثر مما نتوقع.

يوجد هنا مَثلٌ مشخَّص للمرشد ولبعض أعضاء المجموعة الذين حاولوا مساعدة الرجل الذي تحدث عن الاستحالة التامة في التواصل بينه وبين زوجته. وقد احتفظ بتبرير مواقفه طوال الجلسة الإرشادية، ومنذ ذلك الحين ظهرت طرائق متنوعة لمحاولة الأعضاء لمساعدته منها أن يعبر عن مشاعره الحقيقية لزوجته.

المرشد: أقدر مجازفتك هذه بالثقة التي وضعتها بنا لإخبارنا حول هذه الحالة، وبعد ذلك بدأت بالحديث عن العناصر الخارجة عنك.

الـزوج: حسـناً الآن شـعرت، نعـم وصـلـت لدرجـة أسـتطيع أن أحـس بمشـاعر زوجتي أكثـر مـن قبـل، لكن الشـيء الـذي ازعجـني هـو تـذكري لبعض المشـاعر الـتي أرادت أن تحضر ولكن بمرور الوقت حولتها للاشعور.

المرشـد: مـاذا فعلـت حيال مشـاعرك، أفترض أنـك عـدت إلى المنـزل ووجـدت أنها هدأت لأنـك كنت بعيداً، وهي تتساءل عما كـان يحدث وهـي منزعجة تماماً؟ لماذا سيجعلك هذا مستقراً؟

الزوج: ميل للانسحاب. أنا أفضل بكثير من قبل في هذا الموضع، حيث يوجد هنـا نـوع مـن الانسـحاب والانتظـار وأعـرف إن كنـت سـأذهب بتلـك الليلـة وذلـك يختلف غداً صباحاً.

وقـد يتـدخل في النقـاش أعضـاء مـن المجموعـة يحـاول كـل مـنهم بطريقتـه الخاصـة أن يشـكل علاقـة مسـاعدة مـع الـزوج حتـى يسـتطيع التعامـل مـع زوجتـه بطريقة أكثر بنائية.

8. مرحلة القبول الذاتي وبداية التغير:

تمثل هذه المرحلة الرضا عن النفس، إذ ان رضـا كـثير مـن أعضـاء المجموعـة عن أنفسهم هي بداية التغيير. ومـن الأمثلة على ذلـك قول أحد أفراد المجموعة:

أنـا شـخص مسـيطر وأحـب الـتحكم بـالآخرين، وأريـد أن أشـكل (أنمـوذج) الأشـخاص ضـمن قالـب جـاهز. أنـاً حقـاً أتخـذ موقفـاً منـدفعاً، وأحمـل ذلـك الطفـل الصـغير القـاطن بـداخلي مـا لا يطـاق، وهـو يشـعر بالأسـف الشـديد علـى نفسـه. أنـا ذلـك الطفـل الصـغير مـع أنـي مـدير مسـؤول ومنـافس. وهـذا الاعـتراف يـدلنا علـى بداية التغيير الحاصل لدى الفرد.

9. مرحلة تحطيم الحواجز:

إن تنمية المعرفة بالذات تقودنا إلى إسقاط الأقنعة والحواجز بين أعضاء المجموعة. إذ تبدو المجموعة الإرشادية متيقنة لإمكانية العلاقة القوية والمتينة، حيث أن باستطاعة كل عضو في المجموعة أن يكون منفتحا على الآخرين دون حواجز، وهذا يتطلب من الأعضاء الحاضرين تبادل الأدوار سواء مع أنفسهم أو مع الآخرين.

في إحدى الجماعات كان هناك رجل هادئ ذكي جداً أكاديمي. وكان حاد الملاحظة في فهمه للآخرين، ولكنه لا يُعبر عن نفسه بشكل كامل. إن موقف أعضاء الجماعة نحوَه عُبِّر عنه أخيراً من قبل أحد أعضائها حين قال له: "توقف عن إعطائنا المواعظ وأزل النظارة السوداء عن عينيك، نريد أن نفهمك".

لقد جُرح هذا الرجل بعمق شديد بسبب هذا الهجوم. وفي وقت الغداء بدا متأزماً جداً، كما لو أنه سينفجر باكياً في أي لحظة، عندما دعته المجموعة مجدّداً، فإن الأعضاء تعاطفوا مع الوضع وعاملوه بلطف كبير، وجعلوه يتمكن من إخبارهم عن قصة حياته المأساوية، تلك التي وصفت عزلته وفكره وطريقة فهمة للحياة بشكل أكاديمي.

10. التغذية الراجعة وكيفية تقديمها للشخص في العملية الإرشادية:

تتمثل هذه المرحلة في حال وجود أعضاء الجماعة في وضع متآلف ومنفتح. وهنا يتعلم الأعضاء كيف يؤثرون على بعضهم بعضا. فالتغذية الراجعة تقود إلى فهم أكثر للذات، وكذلك تمكننا من رؤية أنفسنا كما يراها الآخرون.

في عملية التواصل هذه التي تتم فيها حريّة في التعبير، يكتسب الفرد بسرعة قدراً كبيراً من المعطيات مثل كيف يظهر أمام الآخرين. فالشخص الذي يفكّر مليّاً ويزن كلماته بحرص ويتكلم بدقة عالية وربما يكتشف لأوّل مرّة أنّ الآخرين يعتبرونه مملاً. والمرأة التي أبدت رغبة زائدة (مفرطة) نوعاً ما لتقدم

المساعدة للآخرين أُخبرت بعبارات غير دقيقة أن بعض أعضاء المجموعة لا يريدون أن تكون لهم أماً.

أحد الأمثلة التي تدل على فعالية نوع من أنواع التغذية الراجعة حدثت في المجموعة عندما تم الاقتراح أن أفراد المجموعة عليهم وصف بعضهم كمواد مفعمة بالحيوية أو جامدة عديمة الحياة، وهذا يمنح بعض القوة للتغذية الراجعة.

11. مرحلة المواجهة:

وهنا بداية التفاعل بين شخص وآخر من خلال عرض الأخطاء حول الموضوع الذي له علاقة مع بعض أفراد المجموعة الإرشادية ومواجهة

الأخطاء بشكل أكثر موضوعية وبصورة ايجابية. وهذا يعني أن هناك أوقات تصبح بها عبارة التغذية الراجعة معتدلة لتصف التفاعل الذي حققه أفراد الجماعة عندما أصبح من الأفضل أن تقول أن الشخص يقابل الآخر مباشرة واضعاً نفسه في مستواه. ان مثل هذه المواجهات يمكن أن تكون إيجابية لكن كثيراً ما قُرّر أنها سلبية. كالمثال التالي الذي سيوضح الأمر تماماً: وهو ما حصل في إحدى الجلسات الأخيرة لمواجهة الجماعة حيث إن إليس وجّهت لأحد أفراد المجموعة ملاحظات مبتذلة وفيها ازدراء.

في الصباح التالي أُعطي حق الكلام لنورما وهي فتاة هادئة جداً في الجماعة فقالت: بصوت منخفض: حسناً، ليس لدي أي احترام تجاهك يا إليس، وهناك تقريباً حوالي مئة شيء أفكر به حيالك في خاطري وأريد أن أقولها لك وآمل من الله أن أتذكرها كلها، وأول شيء منها: أنك إذا أردتنا أن نحترمك وترغبين بذلك، إذاً لماذا لم تحترمي مشاعر الآخرين.

ربّما يريح القارئ أنّ (إليس ونورما) قد بداتا تفهمان بعضهما ليس بشكل كامل، ولكن قبل نهاية الجلسات، أصبح فهمهما لبعضهما أكبر. ولكن هذه كانت مواجهة.

12. مرحلة المساعدة في العلاقة خارج نطاق جلسات المجموعة:

تتمثل هذه المرحلة في المساعدة بقيام أحد أفراد المجموعة بتقديم المساعدة للآخرين خارج اطار الجلسات الارشادية. ولا يوجد وصف ملائم لخطوات منهجية لعملية الإرشاد الجماعية، إذا لم تذكر طرق عديدة حول كيف يؤسس أعضاء الجماعة الصداقة بينهم.

نتفاءل كثيراً عندما نرى شخصين يذهبان للمشي سوية أو يتحادثان بزاوية هادئة أو نسمع أنهم استمروا في الحديث مع بعضهم حتى الثالثة ظهراً.

نشعر أنه محتمل أن نسمع أن أحدهم كسب قوة ومساعدة من الآخر بعد مرور وقت في صحبتهم ضمن الجلسات، والشخص الثاني الذي قدم المساعدة للآخر من خلال فهمه له وتأييده له. إنها لنعمة جلية وهي الشفاء الذي يستطيع أن يقدمه للآخر أشخاص عديدون. إن هم شعروا بالإخلاص في تقديمها وعطائها.

دعونا نقدم مثالا عن تأثير الشفاء الكبير الذي ينتج عن مواقف الأفراد خارج وداخل نطاق اللقاءات الرسمية حيث أُخذ المثال من رسالة كتبت من قبل عضو عمل في المجموعة منذ شهر مضى. يتحدث عن الصعوبات وضغوط الظروف التي واجهته خلال ذلك الشهر ويضيف: "توصلت لاستنتاج مفاده أن تجربتي معكم قد أثرت بي عميقاً جداً. أنا شاكر لكم حقاً. إنّ هذا مختلف عن العلاج الفردي: ففي العلاج الفردي لا أحد منكم كان سيتفقدني ويجعلني أعرف الأشياء التي تعتقدون أنها تساعدني. لا أحد منكم كان سيجعلني أعرف أني ذو فائدة لكم.

هكذا: انتم فعلتم كل ذلك، وكنتيجة لذلك كان عملكم أكثر معنى من اي شيء كنت قد خبرته من قبل، عندما أشعر بالحاجة لأن أتعلق بشيء ولا اعيش بعفويّة. مهما كانت الأسباب فإني أتذكر أن هناك إثني عشر شخصاً كهؤلاء أمامي قيل أنهم تُركوا ليذهبوا ويكونوا متطابقين، ليكونوا مثلي. هذا أعطاني الشجاعة لأخرج من نفسي مرات عديدة منذ ذلك الوقت. غالباً، يبدو أن عملي هذا يساعد الآخرين أن يحصلوا على حريّة مشابهة".

13. مرحلة المواجهة الأساسية (التلاقي):

تمثل المواجهة التقارب والاتصال المباشر بين أعضاء المجموعة حيث إنّ الأشخاص يصبحون أكثر قرباً من بعضهم وأكثر تواصلاً بشكل مباشر مما هو مألوف في الحياة العادية.

يظهر هذا كواحد من المفاهيم الأكثر مركزية وشدّة وتحقيقاً للتغيير في تجربة الجماعة. لنوضّح ذلك يجب أن نذكر مثالاً لجلسة جماعية حديثة:

حيث أخبر بها رجل بدموعه قصة فقد ابنه المأساوية، حزنه كان كاملاً لأوّل مرة حيث لم يستطع أن يسيطر على مشاعره بأي طريقة.

شخص آخر قال له أيضاً والدموع في عينيه: أنه لم يشعر أبداً من قبل أنه يحزن ويتأذى بشكل شديد وتظهر عليه ملامح الحزن الفيزيائية الحقيقية لدى تألمه من أجل الآخرين. هذا هو التلاقي الأساسي.

أحد أعضاء الجماعة محاولاً أن ينوع (يصنف) تجاربه بشكل حاليّ بعد الجلسة تحدث عن لقاءات التفاعل الإرشادية التي تتطور غالباً في الجزء الذي يكون فيه شخصان ليس من الضروري أن يكونا متشابهين لدرجة التطابق. جاء ليقول: الحقيقة التي لا تصدق والتي تجرّب مرة تلو مرة من قبل الأعضاء هي أنه عندما يتم التعبير عن المشاعر السلبيّة بشكل كامل للآخر، فإن العلاقات تنمو ويحل محل

المشاعر السلبيّة قبول عميق للآخر، وبذلك فإن التغيّر الحقيقي يبدو وكأنه يحدث عندما يتم التعبير عن المشاعر في سياق الكلام لدى التواصل. "لا أستطيع تحمل الطريقة التي تتحدث بها". هذه العبارة تتحوّل إلى فهم حقيقي وتؤثر بالطريقة التي يتحدث الآخر بها. هذه العبارة تبدو وكأنها تفوق بعض المعاني الأكثر تعقيداً لمصطلح التلاقي الأساسي.

14. مرحلة التعبير عن المشاعر الإيجابية والقرب:

تتمثل في التعبير عن المشاعر وتزايد الدفء والعلاقات بروح الجماعة، وأن الصراحة أو الثقة بين أفراد المجموعة تجعل الموقف المأساوي الذي يعاني منه الفرد في المجموعة أقل وطأة على النفس.

الجزء الذي لا يمكن الاستغناء عنه في عملية المجموعة هو عندما يتم التعبير عن المشاعر ويمكن قبولها في علاقة ما، عندها ينتج قدر كبير من المشاعر الإيجابية والقرب، لذلك فإنّ الجلسات تعمل على زيادة المشاعر الدافئة وإثارة روح الجماعة وبناء الثقة، ليس فقط من المواقف الإيجابية ولكن أيضاً من الحقيقة التي تتضمّن مشاعر إيجابية وسلبيّة.

واحد من أعضاء الجماعة حاول أن يعّبر عن ذلك في كتابة ملخّص بعد العمل الجماعي بقوله: "سيكون من المفيد التعامل مع ما أدعوه تعزيزاً، نوع من التعزيز لنفسي للخصال الفريدة والخصال العامّة للرجال، تعزيز بعيني أنه ما دمنا كلنا مع بعضنا بشراً، فإن شيئاً ما إيجابياً يمكنه الظهور".

إنّ المواقف الإيجابية والشافية للجماعة تجاه قائدهم مثال غير اعتيادي للقرب والسمة الإنسانية للعلاقات. وعندما يكون الناس واقعيين مع بعضهم، فسيكون لديهم قدرة مذهلة لشفاء شخص ما بحب حقيقي وواعٍ، سواء كان الشخص قائداً أم شريكاً.

15. مرحلة تغيير السلوك في المجموعة:

ستبدو من خلال الملاحظة أن التغيرات العديدة التي تحدث في التصرّفات تظهر في الجماعة نفسها. فالإيماءات تتغير، نغمة الصوت تتغير، فتارةً قوية وتارةً أخرى تتسم بالرقة والحساسية والعفوية تزداد عادةً، الزيف يقل، مع كثير من المشاعر، يُظهر الأشخاص قدراً مدهشاً من العون والتعاطف مع بعضهم.

اهتمامنا الأعظم بتغيرات السلوك وذلك يحدث تبعاً لتجربة الجماعة، هذا يشكّل السؤال الأكثر معنى وأهمية والذي يحتاج لدراسة كثيرة وأبحاث معمقة.

أحد الأشخاص أعطى بياناً بدا مرتباً جداً، لكنه كان في كثير من العبارات تردّداً (انعكاساً) للتغيرات التي يراها في نفسه، فيقول:

"أصبحت أكثر انفتاحاً، عفوياً، أعبّر عن نفسي بحرية أكبر، أصبحت متعاطفاً جداً، ومتسامحاً. واثقاً من نفسي جداً، ورعاً على طريقتي الخاصة، علاقتي مع عائلتي، أصدقائي حتى مع عمال المصنع، صارت أكثر صدقاً، فقد أصبحت أعبر عن حبي أو كرهي للآخرين بمشاعر حقيقية وانفتاح كبير، حتى أعترف بجهلي بجاهزية أكبر. مبتهجاً جداً أو اتمنى أن أساعد الآخرين".

قال شخص آخر: "منذ أن بدأت الجلسات الإرشادية أصبحت أتعامل مع والديّ بطريقة جديدة، العلاقة معهم كانت من قبل قاسية. على كلٍّ لقد وجدت حريّة كبيرة في التحدث معهم وخاصة والدي اتخذت خطوات لأصبح أكثر قرباً من والدتي أكثر مما كنت عليه من خمس سنوات ماضية".

قال آخر: "ساعدتني على توضيح مشاعري حول عملي، وأعطيتني حماسة أكثر نحوها جعلتني أكثر إخلاصاً وابتهاجاً مع أصدقاء العمل وأكثر انفتاحاً عندما كنت عدائياً جعلت علاقتي أكثر انفتاحاً وعمقاً مع زوجتي. التغير

الأساسي هو النظرة الأكثر إيجابية نحو قدرتي على السماح لنفسي أن أسمع وأصبح مهتماً بالصياح الصامت بشخص آخر".

لقد لخص (روجرز) العملية الارشادية للوصول إلى تغيير سلوك الفرد من خلال التقدم في تغيير الشخصية لتسهيل المشاعر، وتغيير أسلوب الخبرة والانتقال من مرحلة عدم التطابق إلى التطابق، وعلاقة الفرد مع مشكلاته، وتغيير أسلوب التواصل الفردي مع الآخرين.

ان تطوير خبرة الجماعة بكل أشكالها له أهمية عميقة بالنسبة للحاضر والمستقبل. وكل من يرى بأن مجموعات المواجهة هي مجرد ظاهرة تؤثر بشكل مؤقت على عدد محدود من الناس، عليه أن يعيد النظر في ذلك بالنسبة للمستقبل المضطرب والمليء بالمشاكل والذي يظهر أمامنا. فالميل باتجاه تطوير خبرة الجماعة يقوم على نتائج هامة وعميقة يجب أن ترافق التغيير. هذه التغييرات يمكن أن تحدث للأشخاص، للمؤسسات، لاتجاهاتنا الثقافية والحضارية، للتوترات العالمية، لفلسفتنا وقيمنا، ولصورتنا عن المرء نفسه، إنه تطور بالغ الأهمية ومنهجه المستقبلي سيكون له تأثير عميق على كل منّا في السراء والضراء.

وهكذا نجد أن أعضاء مجموعة المواجهة يبدؤون في خفض حيلهم الدفاعية وتشويه مفهوم الذات تدريجيا، وتظهر مشاعرهم الحقيقية تجاه بعضهم بعضا، وتجاه أنفسهم، وينصتون إلى بعضهم باهتمام وعناية أكثر ويتعرفون على آثارهم الحقيقية على الآخرين، ويشاركون في علاقات عاطفية عميقة مع بعضهم بعضا، ويبتكرون أهدافا جديدة ويوجهونها لمصلحتهم الخاصة كلما أمكن ذلك، ويرى روجرز أن مجموعات المواجهة تملأ فجوة أساسية في مجتمعنا المعاصر الذي يغلب عليه الاهتمام بالتكنولوجيا والإعراض عن العلاقات الشخصية.

إن الحاجة النفسية التي تدفع الناس لمجموعات المواجهة هي حاجة الشخص لأشياء لا يستطيع أن يجدها في مدرسته أو كليته، ولا حتى في حياته العائلية الحديثة، انه الجمع لعلاقات حقيقية ومتينة يمكن التعبير من خلالها عن مشاعره وأحاسيسه بتلقائية دون صياغتها في قالب جامد ودون الخوف من المراقبة، والاشتراك مع الآخرين في الخبرات العميقة كالإحباطات والسعادة، وبطريقة تمكنهم من محاولة ممارسة أساليب مبتكرة للتصرف والسلوك.إنهم باختصار،كما رأى عبد الرحمن، أصبحوا قريبين من حالة المعرفة بكل شيء وتقبل كل شيء، وهكذا يصبح تحقيق المزيد من التقدم أمرا ممكنا. (عبد الرحمن، 1998، 426).

عاشراً: تقويم النظرية:

تعتبر نظرية الإرشاد المتمركز على المسترشد من النظريات الهامة في الإرشاد والعلاج النفسي والتي لاقت اهتماما كبيرا من الباحثين والعاملين في مجال الإرشاد والعلاج النفسي، وتعرضت كغيرها من النظريات للتحليل والنقد. ونبين فيما يلي أهم إيجابيات هذه النظرية وسلبياتها.

الإيجابيات:

1. أن ما يميز هذه النظرية أنها نشأت في أحضان العمل الأكاديمي، الأمر الذي يجعلها تعتمد على الجانب العلمي.
2. أثرى روجرز هذه النظرية بفكرته أن أفضل طريقة لفهم السلوك هي النظر إليه من الإطار الداخلي المرجعي للشخص نفسه.
3. نظرة روجرز الإيجابية للناس واعتقاده الضمني في خيرتهم واقتناعه الراسخ بأنه يمكن مساعدة من لديهم اضطرابات نفسية.
4. عملية الإرشاد النفسي بهذه النظرية هي عملية سهلة نسبيا مقارنة بباقي النظريات.
5. تنظر باحترام وإيجابية للإنسان، وتقيم له اعتباراً ومكانة مهمين.

6. تركز هذه النظرية على إقامة علاقة إنسانية ودية بين المرشد والمسترشد، يستطيع المسترشد من خلالها الإفصاح عن مكنوناته الداخلية والتعبير عن نفسه بدون موارية وبدون أقنعة.
7. يستطيع المسترشد من خلال هذه النظرية أن يتعلم أن يكون مستقلا وأن يعتمد على نفسه في رسم الخطط لحل مشكلته والقيام بتنفيذها.
8. تهتم هذه النظرية بنمو شخصية المسترشد كفرد ومساعدته على فهم نفسه وتحديد مشكلاته وحلها.
9. قدم روجرز لمجال الإرشاد والعلاج النفسي مواصفات مثالية للعلاقة الإرشادية فيها الدفء والأمن،والتقبل والمشاركة،والصدق والأصالة. وهذه المواصفات يستفيد منها أي مرشد مهما كان توجهه النظري أو الطريقة التي يستخدمها في الإرشاد والعلاج النفسي.

السلبيات:

1. لم تضع هذه النظرية تصوراً كاملاً لطبيعة الإنسان، وذلك لتركيزها الكامل على الذات ومفهوم الذات.
2. يرى روجرز أن للفرد حق تحقيق أهدافه وتقرير مصيره بنفسه، ولكنه نسي أن بعض هذه الأهداف قد تضر بالمجتمع وعلى الأخص السلوك الخاطئ.
3. يؤكد روجرز أن الفرد يعيش في عالمه الذاتي الخاص ويكون سلوكه تبعاً لإدراكه الذاتي، ونسي أن يشير إلى الموضوعية في ذلك.
4. ركز روجرز على الجوانب الشعورية وتناسى الجوانب اللاشعورية. ثم عاد أخيراً ليقول أن العمليات العضوية اللاشعورية تقود كثيرا من سلوكنا. ويرى هول ولندزي (1971) ان روجرز قد بدا مؤخراً كما لو يقول "ثق في اللاشعور".
5. لم يهتم روجرز بالاختبارات والمقاييس إلا عندما يرغب المسترشد بذلك متناسياً أن جمع المعلومات أمر هام للمرشد وعليه إتباع كل سبيل للوصول إليها، لأنه من خلالها يستطيع أن يشخص الحالة ويعي برنامجه الإرشادي أو العلاجي الملائم لحالة المسترشد.

6. تراعي هذه النظرية الإنسان على حساب العلم، وذلك باعتماده على التقارير الذاتية، ومعروف أن ثباتها منخفض ولا يمكن الوثوق بها.
7. ارجع روجرز القيم والأخلاق إلى الفرد ذاته وأنه مصدر هذه القيم وهذا أيضاً بعد عن الواقع لأن القيم والأخلاق تكوينات اجتماعية أصلاً.
8. ركز روجرز بشكل زائد على شروط العلاقة، وفلسفة المرشد واتجاهاته، ولم يعط أهمية كبيرة للأساليب والطرق الفنية للإرشاد والعلاج.
9. عدم وجود مدة محددة للإرشاد المتمركز حول الذات، وهذا يجعله يمتد أحياناً لفترة طويلة مما يقلل من استخدامه في مجالات الإرشاد التي يكون الوقت عاملاً هاماً فيها.
10. ليس هناك أهداف محددة للإرشاد يمكن للمرشد أن ينطلق منها، فالهدف هو تكوين علاقة لها مواصفات خاصة تتيح الفرصة لنمو شخصية المسترشد وصيرورته إلى ذات جديدة وليس هناك تقويم للنتائج، وإنما يتوقع المرشد أن طريقته تعمل من واقع انفتاح المسترشد على خبراته وعلى ذاته في الإرشاد.
11. يركز روجرز بشكل كبير على تحكيم الكيان العضوي الداخلي للفرد في الحكم على الخبرة وتحرير الفرد من أن يأخذ الآخرين بعين الاعتبار عند الحكم على الخبرة، وهذا ليس منطقيا، لأن الإنسان لا يتعامل مع ذاته بشكل مستقل وإنما هو عضو في مجتمع له قيمه ومعاييره.
12. هذا الأسلوب لا يكون ناجحاً إلا مع الأشخاص الذين يستطيعون التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم بحرية تامة ولديهم دوافع لإيجاد حلول للمشاكل التي تعترضهم.
13. يعتمد هذا الإرشاد على استبصار الفرد بذاته وخبراته والتعامل مع مشاعره وإدراك العلاقة الإرشادية وإدراك الخبرات في صورة مرمزة ترميزاً دقيقاً، وهذا لا يتناسب مع حالات الاضطرابات الحادة والتخلف العقلي.
14. صعوبة استخدام هذه الطريقة مع الأطفال في المراحل النمائية الأولى، أو الذين يفتقدون المبادأة وتحمل مسؤولية ما يفعلون أو يفكرون، أو الذين يجدون

في الحديث مع المرشد لذة في حد ذاتها دون وجود رغبة في تفسير مشاعرهم وسلوكهم وأفكارهم.

15. بالرغم من أن روجرز اهتم بخصائص المرشد إلا أنه لم يعطه الدور الهام في عملية الإرشاد.

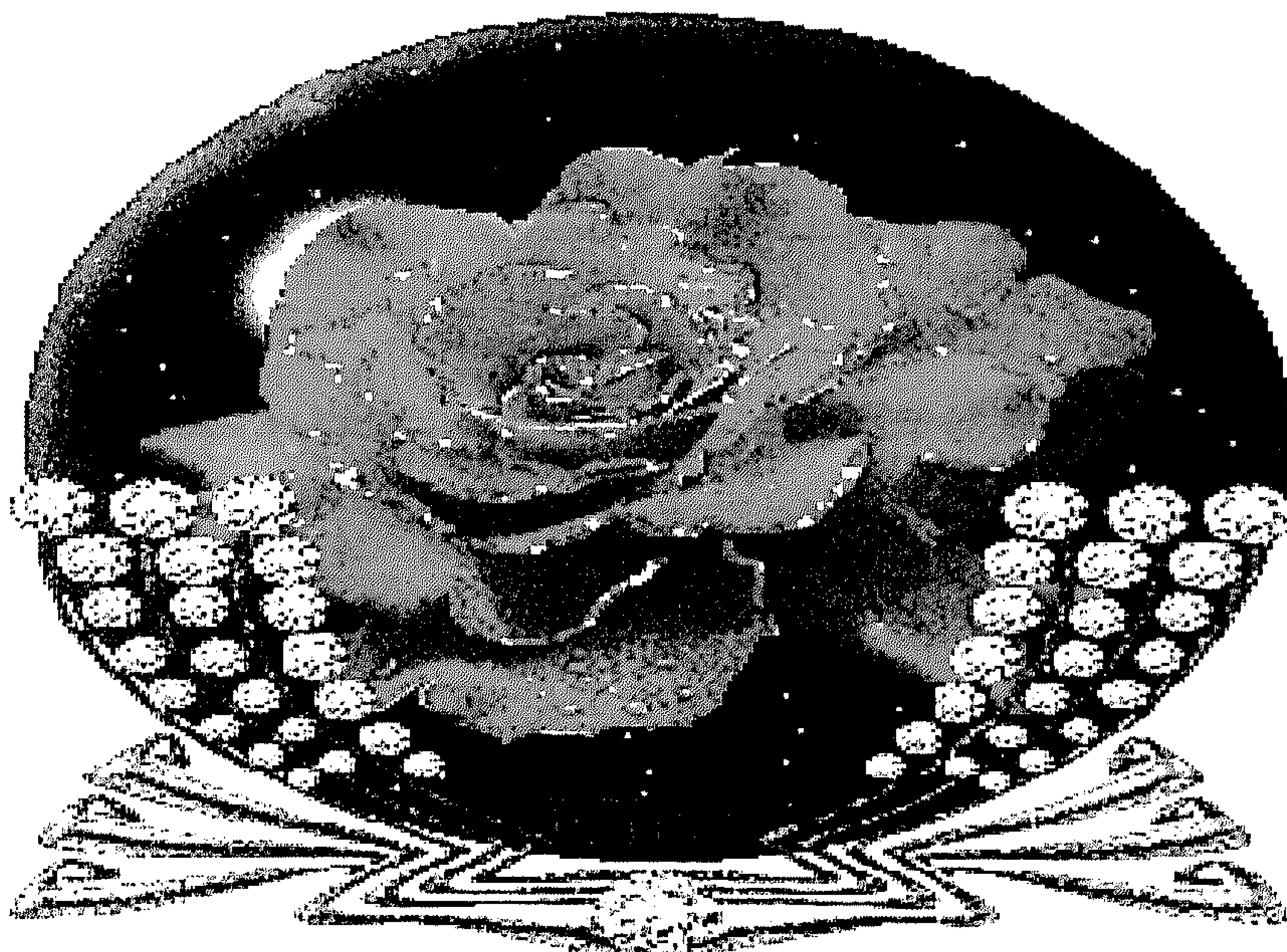
16. وضع روجرز شروطاً حتى يتم التعديل في الشخصية ولكن هذه الشروط لا تتطلب التدريب المهني للمرشد، فكل شخص متقبل متسامح متعاطف يمكن ان يكون مرشداً.

وأخيراً بالرغم من بساطة هذه النظرية وإنسانيتها، فإنها تحتاج إلى كثير من الخبرة والتمرس لدى المرشد كي يتمكن من إقامة اتصال غير مشروط وغير مقيد، وأن يتمكن في الوقت ذاته من جعل هذا الاتصال مؤثراً. كما أن هذه الطريقة في الإرشاد ليست الطريقة المثلى في الإرشاد النفسي، فهي لا تتناسب مع كل أنواع اضطرابات الشخصية وهي مفيدة مع الأفراد الذين يكون لديهم طلاقة لفظية وذكاؤهم متوسط.

ويوجه كثير ممن يسمعون عن العلاج الإنساني لأول مرة هذا السؤال:

إذا شجع كل الناس على أن يصبحوا أنفسهم بشكل كامل، ألا تصبح الدنيا فجأة مملوءة بالعدوان والشغب والجنون والأنانية؟ يجيب روجرز: لا" (موسى،1985، 490)

ومهما قيل في هذه النظرية من سلبيات فإنها نظرت للإنسان بتفاؤل واحترام، وساعدته على أن يصبح أكثر نضجا وأن ينمو بطريقة بنّاءة. وأهمية هذه النظرية في الحياة العملية كبيرة، وفوائدها جمة، واستخداماتها كثيرة في مجال الإرشاد والعلاج النفسي.



الفصل التاسع

نظرية السمات والعوامل
(Trait – Factor)

- مدخل.
- تطور نظرية السمات والعوامل.
- المفاهيم الأساسية للنظرية.
- أهداف نظرية السمات والعوامل.
- عملية الإرشاد النفسي.
- تشخيص بعض السمات المحددة للشخصية.
- أهم الفنيات المستخدمة.
- تقويم النظرية.

الفصل التاسع
نظرية السمات والعوامل
(Trait – Factor)

أولاً: مدخل:

تمثل السمات اللبنات الأساسية لبناء الشخصية، وتحتل مكاناً مركزياً في نظرة آيزنك (Eysenck) للسلوك، حيث يرى أن السمة هي اتساق ملحوظ في عادات الفرد أو أفعاله المتكررة. أما العامل فهو تنظيم ملحوظ من السمات. فالعامل أكثر عمومية وشمولاً من السمة، ويضم السمة بوصفها جزءاً مكوناً. هذا وتُعّبر السمة عن خاصية مستقرة ودائمة نسبياً للشخصية، تميل بها إلى أداء سلوكيات معينة في المواقف المتعددة (Santork). وهي أيضاً أبعاد محددة تختلف مواقع شخصيات الأفراد عليها بصورة متسقة وثابتة نسبياً (Baron & Kalsher). (نقلاً عن رزق، 2009، ص99 – 100).

تعرف السمة باعتبارها صفة للشخصية ثابتة نسبيا ومستقرة، ووفقا لذلك فإن الناس يختلفون في سلوكهم بسبب اختلاف سماتهم وقابليتهم. وهي طريقة دائمة للتأثير على السلوك بشكل نسبي في المواقف المختلفة التي ترتبط معا بعلاقة معينة، فالشجاعة مثلاً سمة إذا ما نظرنا إليها على أساس أن الشخص الذي يظهر الشجاعة في موقف معين سوف يعمل على إظهارها في مواقف أخرى ذات علاقة بالموقف الأصلي.

ويرى العلماء بأن السمة تمثل جانبا من خصائص الشخصية له ثبات نسبي، ويمكن تقسيمها إلى ثلاثة أقسام:

1) **السمات السلوكية:**

وهي الاستجابة للمثيرات بطريقة معينة في المواقف المتشابهة أو ذات العلاقة ببعضها بعضا.

2) **السمات المورفولوجية:**

وهي السمات المتعلقة بالشكل العام الخارجي للجسم. وللسمات الجسمية تأثير على شخصية الفرد ويمكن قياسها والتعامل معها بطرق متعددة ومن السمات الجسمية المعروفة الطول والوزن وحجم الجسم وشكل الوجه والجمجمة.

3) **السمات الفيزيولوجية:**

ومن أشهرها السمات الكيميائية التي قادت العلماء إلى ربط الشخصية بإفرازات الغدد وأقدم هذه النظريات هي التي وضعها ابيقراط وأشار إليها إلى ارتباط الصفات المزاجية بسوائل الجسم والتي عمل غالينوس فيما بعد على تفسيرها وتوسيعها. (عبد الله، 2000، ص 175 – 176)، (القذافي، 1993، ص 243 – 244).

ويرى "هول ولندزي" أن جوهر نظرية السمات والعوامل "يتكون عادة من مجموعة من المتغيرات أو العوامل الفائقة التخصص التي تكمن وراء ذلك التعقيد الشامل للسلوك بل وتفسره" (هول ولندزي، 1971، ص 491). حيث ترتكز نظرية السمات والعوامل على السمات الشخصية والفروق الفردية بين المسترشدين وعلى عملية القياس والتشخيص، ويكون التركيز الأساسي في هذه النظرية على التشخيص الفارقي واستخدامه في الإرشاد النفسي، كما يعتبر القياس النفسي عنصراً أساسياً في الإرشاد.

ثانياً: تطور نظرية السمات والعوامل:

يمكن تقسيم المراحل الأساسية لتطور نظرية السمات والعوامل في الإرشاد النفسي إلى مراحل أربع، حيث حدد منها بيبنسكي (Pepinsky) (1954) المراحل الثلاث الأولى:

المرحلة الأولى:

حيث تتصف بالاهتمام بتطوير وسائل لقياس خصائص المسترشدين مثل الاستعدادات، والقدرات، والميول، والاتجاهات، والشخصية، التي يمكن استخدامها في توقع النجاح التعليمي والمهني. وكان الهدف من ذلك هو استخدام هذه الأدوات في البرامج العلمية للاختيار والتوجيه المهني اعتماداً على طرق موضوعية. وقد بدأت هذه المرحلة مع بدايات القرن العشرين وانتهت تقريباً مع بدايات الحرب العالمية الثانية.

ومن روادها الأوائل هوجو مستربوج (Hugo Mansterberg) الذي استخدم الاختبارات النفسية المتاحة لقياس القدرات، وذلك للتعرف على العمال الذين يتوقع ملاءمتهم من خلال الأداء المناسب. ثم قدم بارسونز (Parsons) فكرة التوجيه المهني للشباب المشكل حيث اعتمدت طريقته على الحس العام في تقدير ميول واستعدادات الطلاب إضافة إلى بعض الاختبارات الخاصة بالجوانب الحسية الحركية.

وقد وصف "بارسونز" التوجيه المهني بأنه يزود الشباب بالجوانب التالية:

- الفهم الواضح لأنفسهم ولاستعداداتهم وقدراتهم وميولهم وطموحاتهم وإمكانياتهم ونواحي القصور الموجودة لديهم وأسبابها.
- معرفة بمطالب وشروط النجاح والميزات والتعويضات والفرص والآمال الموجودة في كل فرع من فروع العمل.
- استخدام العلاقة السببية بين هذين الجانبين (Patterson, 1986, p 20).

ولا تزال فكرة "بارسونز" شائعة اليوم في مقولة تتردد على الألسن في مقولة: "الشخص المناسب في المكان المناسب".

ثم ظهرت مجموعة من الباحثين في مجال علم النفس الفارق ومنهم "سكوت" (Scott W.D.)، و"باترسون" (Patterson D.G.) اللذان عملا في جامعة مينيسوتا. وقد استخدم باترسون وزملاؤه الاختبارات والمقاييس النفسية لتحليل قدرات الشباب والراشدين المتعطلين عن الدراسة والعاطلين عن العمل. ويصف باترسون الإرشاد في تلك المرحلة بأنه يهتم بالنمو الكلي للفرد، وفي هذا الصدد يقول باترسون: "إن مرشدي التوجيه يهتمون بالطلاب كأفراد في عملية التوافق مع الحياة، وفي هذا الإطار فإن المرشد يتجاوز الدور الذي يقوم به المدرس وذلك ليتمكن من أن يعتبر الطالب كائن بشري متكامل".(Burks, 1979, p 92)

المرحلة الثانية:

وقد شهدت هذه المرحلة تطوير النماذج الخاصة بعملية الإرشاد وكذلك مفهوم التشخيص الفارقي بحيث أصبحت تشتمل على مجموعة من جوانب مشكلات التوافق بالإضافة إلى الجوانب التعليمية والمهنية. وقد حث ويليامسون (Willamson) المرشدين أن يجروا التشخيص لكل من الطلاب العاديين والمشكلين، وأن يمتد تشخيصهم إلى كل جوانب الطلاب. كما أدخل "بيبنسكي" (1948) تحسينات عليها ووضعها تحت عناوين هي:

1. نقص التأكيد أو الثقة بالنفس Lack of assurace
2. نقص المعلومات Lack of information
3. نقص المهارة Lack of skill
4. الاعتمادية Dependence
5. الصراع الذاتي Self – Conflict
6. قلق الاختيار Anxiety Choice

(الشناوي، 1994، ص180)

كما وضع "ويليامسون" و"دارلي" (Darley) (1939) نموذجاً لطريقة السمات والعوامل في الإرشاد، حيث اعتبرا الإرشاد على أنه يشتمل على ست خطوات هي: التحليل، التركيب، التشخيص، المآل، الإرشاد، المتابعة (وسنوضح هذه الخطوات لاحقاً). ويركز هذا النموذج بشكل رئيسي على التشخيص الفارقي.

المرحلة الثالثة:

اهتمت هذه المرحلة من تطور نظرية السمات والعوامل بالدراسات القائمة على التحليل العاملي، ويعتبر "ثرستون" (Thurston) رائد استخدام أساليب التحليل العاملي في علم النفس الفارقي، حيث أجرى التحليل على البيانات الناتجة عن الاختبار والبيانات الخاصة بالمحك المستخدم. كما تم وضع فروض كثيرة حول السمات والمحكمات موضع الاختبار، حيث قامت

محاولة لإعادة تجميع السمات التي يظهر التحليل العاملي تجانسها (عبد العزيز، 2001، ص113). كما اهتم كاتل (Cattell) بطريقة التحليل العاملي متأثراً بأعمال "ثرستون"، حيث ركزت دراساته على الشخصية وعلم الوراثة البشري، كما وضع العديد من الاختبارات النفسية.

المرحلة الرابعة:

وقد أطلق عليها "ويليامسون" و"بيجز"(Willamson & Bigges) (1979) تسمية المرحلة الفلسفية والتنظيرية، حيث وجد المرشدون الذين يستخدمون هذه الطريقة (السمات والعوامل) أنفسهم وقد وصفوا بأنهم مباشرون يفرضون إرادتهم على التلاميذ الذين لا حول لهم ولا قوة. ورأى "ويليامسون" أن على المرشدين أن لا يترددوا في التأثير على الطلاب الذين يعملون معهم.

كما شهدت هذه المرحلة أيضاً تطويراً للتوصيفات المنهجية لطريقة السمات والعوامل في الإرشاد. واقترح "ويليامسون" مجموعة من الأساليب الفنية، وأن تكون الأساليب المستخدمة مناسبة للفرد وللمشكلة، وبذلك فقد حدد خمسة أساليب فنية للإرشاد وهي:

1. تكوين الألفة (العلاقة الإرشادية).
2. المساعدة على فهم الذات.
3. النصح أو التخطيط لبرنامج إجرائي.
4. المساعدة بشكل مباشر في استخدام الخطط.
5. إجراء التحويلات للمتخصصين في المجالات الأخرى.

وتطورت نظرية السمات والعوامل في الإرشاد في إطار تعليمي مما أثر على مفهوم وطبيعة العملية الإرشادية بشكل يتناسب مع المواقف التربوية، فالمرشد هو معلم بشكل أو بآخر، والمنهج هو المسترشد وأسلوبه الخاص في الحياة واستجاباته الصحيحة والخاطئة في علاقاته مع الآخرين. وبذلك فإن تفاعلات المرشد والمسترشد تكون كتفاعلات المعلم مع التلميذ وهي تفاعلات ذات طبيعة تعليمية وتعلمية إلى درجة كبيرة. ويكون دور المرشد هو تعليم أو مساعدة الفرد على أن يتعلم فهم ذاته وتقبلها في صورة قدرات واستعدادات وميول وأن يتعرف على دوافعه الخاصة وأساليب الحياة وأن يتصورها في صورة استخدامات أو نتائج، وعند اللزوم يحل محلها سلوكاً أكثر ملاءمة لتحقيق الإشباعات المناسبة والمرغوبة في الحياة والتي وضعها المسترشد كهدف شخصي له. ويكون دور المسترشد هو أن يتعلم كيف يفهم؟ وكيف يستخدم ذكاءه أو المنطق؟ وذلك لتغيير أو تصحيح استجاباته كي يحقق حياة منطقية ومُرضية.

ثالثاً: المفاهيم الأساسية للنظرية:

تعتبر نظرية السمات والعوامل أن السلوك الإنساني يمكن ترتيبه وقياسه على تدرجات من السمات أو العوامل المحددة. والسمة عبارة عن خاصية ثابتة، دائمة نسبياً للشخصية، تميل بها إلى أداء سلوكات معينة في المواقف المتعددة. وعلى الرغم من أن منظري السمات يختلفون حول السمات التي تكّون الشخصية، إلا أنهم يتفقون حول كون السمات تمثل اللبنات الأساسية لبناء الشخصية. ونعرض فيما يلي بعض المفاهيم الأساسية لنظرية السمات والعوامل:

1) وجهة نظر ويليامسون (Willamson):

يحدد ويليامسون (حسب باترسون، 1986) خمسة أسئلة رئيسة يواجهها المرشد ويحتاج للوصول إلى إجابات عنها ومعاودة تمحيص هذه الإجابات:

أ. ما طبيعة الإنسان؟

ينبغي على المرشدين أن يكونوا متفائلين في أن الإنسان عن طريق التربية يمكن أن يحقق ذاته وأن يواصل الكفاح من أجل تحقيق الذات. وأن يقتنعوا بأن الإنسان كائن عاقل قادر على التفكير واستخدام العلم في تطوره الشخصي وفي تقدم البشرية. وقادر على حل مشكلاته وبصفة خاصة إذا تعلم أن يستفيد من قدراته.

يُولد الإنسان ولديه الطاقة لكل من الخير والشر، وأن معنى الحياة هو أن نبحث عن الخير وأن نرفض الشر أو على الأقل نضبطه، وبذلك فإن الدرجة التي يصبح بها الإنسان كائناً بشرياً كاملاً تتحدد بمعيار الضبط المستنير للذات والذي يمكن تحقيقه في اتجاه الإنسانية الكاملة.

ب. ما طبيعة النمو الإنساني؟

يولد الإنسان ولديه إمكانية الخير والشر، ويعيش في مجتمع معين يلبي حاجاته وينمي إمكانياته ويوجه سلوكه من خلال التفاعل مع الآخرين. وأن الناس يحتاجون لبعضهم بعضا لتحقيق أقصى نمو لإمكاناتهم وطاقاتهم. ويتبنى ويليامسون مقولة هيربرج (Herberg) من أن "النفس البشرية تبزغ فقط في المجتمع وليس لها وجود بمعزل عنه" وكما يرى روسو (Russo) أن الإنسان يولد صالحاً ولكن المجتمع هو الذي يفسده.

ج. ما طبيعة الحياة الطيبة (السعادة)؟

إن طبيعة الحياة الطيبة الجيدة مشكلة عبر كل العصور، إنها مسألة لا يمكن الإجابة عنها بشكل قاطع وإنما بشكل مؤقت أو تقريبي. ولا يمكن القول بأن تحقيق ذات الفرد وإمكاناته هو أحسن طبيعة أو صورة الطاقة الكاملة، وتحقيق الذات تكون هي أفضل الممكن أو الصورة الطيبة للطبيعة الإنسانية. وفي الواقع إن الإنسان بوسعه أن يصبح أفضل ما يمكن أن يكون وإن أحد أبعاد طيب الحياة هو تحقيق مفهوم الامتياز في كل جوانب النمو البشري.

د. ما طبيعة تحديد الحياة الطيبة؟

ومن الذي يقرر ما هو الجيد أو الطيب؟ وهناك إجابات كثيرة على هذه التساؤلات، فالمدرسون والآباء في محاولة إملاء أو فرض شكل الحياة الطيبة في نظرهم قد يعوقون بحث الطلاب عن هذا الشكل، وربما يكون البحث في حد ذاته هو الحياة الطيبة.

ه. ما طبيعة الكون:

وما هي علاقة البشر بهذا الكون؟ هنا ينبغي علينا جميعاً المرشدين والمسترشدين أن نصوغ تصورنا الخاص حول هذه الجوانب.

(Patterson, 1986, p 23 – 24)

2) وجهة نظر كاتل (Cattel):

يرى كاتل أن السمة هي بنيان عقلي يتم استنتاجه من خلال السلوك الملاحظ، ويفسر اتساق السلوك في المواقف المختلفة. وباستخدام التحليل العاملي توصل إلى وجود (16) عامل أو سمة مصدرية (وهي السمات المركزية التي تمثل المتغيرات الكامنة التي يعتقد أنها تفسر معظم السمات الظاهرية الهامة للشخصية) لوصف الشخصية والتنبؤ بالسلوكات المستقبلية، والعوامل هي:

- التحرر – المحافظة.
- الدهاء – السذاجة
- الاتزان الانفعالي – التأثر بالمشاعر.
- السيطرة – الخضوع.
- عدم الجدية – الجدية.
- قوة الضمير – ضعف الضمير.
- المخاطرة – الجبن
- الحساسية الانفعالية – التبلد الانفعالي
- التوتر – الاسترخاء
- الشك – الثقة
- التخيل – الاهتمام العملي
- الخوف – تأكيد الذات
- التجريب – الحذر
- الاكتفاء الذاتي – الاعتماد على الجماعة
- الضبط – عدم الضبط
- الذكاء المرتفع – الذكاء المنخفض.

(الريماوي وآخرون، 2004)

3) وجهة نظر آيزنك (Eysenck):

توصل آيزنك من خلال تطبيق اختبارات الشخصية على عدد كبير من الأفراد وتحليل نتائجهم، إلى وجود أربعة عوامل رئيسة (أو كما سماها أبعاد الشخصية) وهي:

1. الانبساطية Extraversion:

من حيث هو عامل يتكون من السمات الأولية الآتية: الميول الاجتماعية، والاندفاعية، والميل إلى المرح، والحيوية، والنشاط، والاستثارة، وسرعة البديهة، والتفاؤل.

2. العصابية Neuroticism:

وتشير إلى الاستعداد للإصابة بالاضطراب النفسي أي العصابNeurosis، وتشير الدرجات المرتفعة للأفراد على بعد العصابية إلى عدم الثبات الانفعالي، والمبالغة في الاستجابة الانفعالية، ومن سماتهم: القلق والاكتئاب والشعور بالذنب وانخفاض احترام الذات والتوتر وعدم المعقولية والخجل وتقلب المزاج والانفعالية.

3. الذهانية Psychoticism:

وهي بعد أساسي أو نمط في الشخصية، ويشير ارتفاع درجة الذهانية إلى قابلية الفرد لتطوير شذوذ نفسي، ويوصف بما يلي: عدواني، بارد، قاس، مضاد للمجتمع، متمركز حول ذاته، لا يتأثر بالمشاعر الشخصية، مندفع، متبلد، قادر على الإبداع أحياناً، صارم العقل، متصلب، يصفه من حوله بأنه غريب.

4. المراءاة (الكذب) Lie:

ويختص هذا البعد بتحديد درجة مصداقية المفحوص من حيث الميل للخداع والتزييف وتجميل الذات والدفاعية والحساسية والجمود والسلبية وفقد الشعور بالأمن ونقص الاستبصار بالذات وغلبة التوتر أو الاستقلال والإفصاح والنضج ورغبة في الإقرار بالعيوب. (عبد الخالق، 1991، ص 23).

إن الانبساط والانطواء مصطلحان أصبحا مألوفين بفضل أعمال الطبيب النفسي السويسري كارل يونغ، ويدلان على نموذجين من الشخصية يتجهان قليلاً أو كثيراً نحو العالم الخارجي أو نحو العالم الداخلي. إنهما جزء من تخطيطية معقدة جداً تشمل – في رأي يونغ – جوانب الشخصية الأربعة: الفكر، العاطفة، الإحساس، والحدس. وكل شخص يمكنه أن يكون انبساطياً أو انطوائياً. وبينت الدراسات ذات المستوى الواسع التي انصبت على موضوع الشخصية، أن الانبساطي النموذجي اجتماعي، يحب الاجتماعات ولديه أصدقاء كثيرون ويحاجة إلى أن يتكلم، ولا يحب القراءة والدراسة وحده، إنه يقبل المخاطر، بل يبحث عنها، إذ يتصرف دون أن يمنح نفسه مهلة التفكير حين يتكلم، اندفاعي ويحب المزاح، وهو حاضر الجواب، غير مبال، متفائل، ويحب الضحك والتسلية، ويفضل الحركة والعمل، ويميل إلى أن يكون عدوانياً، غضوباً، لا يضبط ذاته وليس جديراً بالثقة دائماً. أما المنطوي النموذجي فإنه على العكس فرد هادئ، قليل الانفتاح يفضل قراءة الكتب على لقاء الناس، وهو متحفظ وصداقاته محدودة. ويميل إلى التروي والتخطيط، ويفكر قبل أن يعمل، ويحذر من الاندفاعات الآنية، ولا يحب الهياج، ويأخذ الأحداث اليومية على محمل الجد الذي يناسب ويقيم نمطاً من الحياة منتظماً جداً، ويراقب عواطفه ومن النادر أن يكون عدوانياً، ولا يغضب بسهولة، إنه واثق من نفسه، متشائم، ويعطي أهمية كبيرة للمعايير الأخلاقية، يكون موضع ثقة الآخرين في غالب الأحيان. (سيلامي، 2000، ص 321 – 322)، (Eysenck & Eysenck, 1975 , p 415)

ويلاحظ أن المنبسط يميل إلى الحركة والحيوية والنشاط ويحب المشاركة في الرحلات والألعاب الرياضية، إنه يتحدث بثقة وبصوت مرتفع، بينما يتحدث المنطوي بصوت منخفض. ويميل المنبسط في الأغلب إلى البدانة وامتلاء الجسم، بينما المنطوي يميل إلى النحافة. بينما يميل المنطوي إلى تحليل نفسه ونقدها، ويتصف تفكيره بالذاتية ويكثر التأمل في ذاته وفي مشاعره وآلامه وآماله. يميل إلى الخيال الجانح والاستغراق في الأوهام، وتستولي عليه أحلام اليقظة التي يحقق فيها آماله وتطلعاته التي يعجز عن تحقيقها في عالم الواقع. فنجده يجمع الثروة ويحرز النجاح والتقدم في عالمه الخيالي... كذلك إذا كان لنا أن نقارن بين تفكير المنطوي والمنبسط، فالمنطوي مثالي، رمزي، ذاتي، نظري. بينما المنبسط، واقعي، عملي، تجريبي. كذلك نجد المنطوي يفضل الأنشطة والألعاب العقلية الداخلية، بينما المنبسط يفضل الأنشطة الرياضية والحركية.

إن عرض صفات كل من الانطوائي والانبساطي، تجعلنا نتساءل: أيهما أفضل: المنطوي أو المنبسط؟ وللرد على هذا التساؤل يرى العيسوي أن: الوضع المثالي أن نكون وسطاً بين الانطواء والانبساط، وأن نأخذ بقدر من كل منهما (العيسوي، 2004، ص 155).

4) نموذج العوامل الخمسة:

أسفرت نتائج البحوث الحديثة التي استخدمت التحليل العاملي عن وجود خمسة عوامل عليا، ثابتة نسبياً خلال مراحل الحياة وخلال الثقافات المتعددة، تصف الأبعاد الرئيسة للشخصية، وتسمى هذه العوامل العليا أحياناً بنموذج العوامل الخمسة أو الخمس الكبرى. كما هو مبين في الجدول التالي:

العوامل الخمسة الكبرى وسماتها:

(Kosslyn & Rosenberg, 2004) نقلاً عن (الريماوي، 2004، ص553)

العوامل العليا	السمات
الانبساطية Extraversion	الدفء، الاجتماعية، البحث عن المتعة، العواطف الايجابية
العصابية (الانفعالية) Neuroticism	القلق، العدوان، الاكتئاب، الاندفاعية، الحساسية للنقد
المقبولية Agreableness	الثقة، الخضوع، الحشمة، الإيثار، الاستقامة
الضميرية (الانجاز) وفقاً لما يمليه الضمير Conscientiousness أو الاعتمادية	التنافس، النظام، الكفاح من أجل التفوق، القصدية، انضباط الذات، الشعور بالواجب
الانفتاح على الخبرة Opennes to Experience	المغامرة، الرياضة، المشاعر، الأفعال، الأفكار، القيم، الاستقلالية

ويحدد البحث في العوامل الخمسة الكبرى مدى ظهور العوامل في "بروفيل" الشخصية في الثقافات المختلفة، ومدى استقرار هذه العوامل خلال الزمن. كما يحدد القدرة التنبؤية لهذه العوامل بالصحة العقلية والجسمية. وكلما أثبت البحث أن هذه العوامل أكثر عالمية واستقراراً وقدرة تنبؤية، كلما كنا أكثر ثقة بأنها تصف بالفعل السمات الرئيسة الهامة للشخصية.

كشفت نتائج الدراسات الحديثة (Santrock, 2003) العلاقة التفاعلية بين السمة والموقف كما يلي:

- كلما كانت السمة أكثر تحديداً كلما زاد احتمال التنبؤ بالسلوك.
- يظهر بعض الأفراد اتساقاً على السمات، فيما يُظهر آخرون اتساقاً على سمات أخرى.
- يكون لسمات الشخصية تأثير أكبر على سلوك الفرد عندما يكون تأثير الموقف أقل فاعلية. (الريماوي، 2004، ص554).

رابعاً: أهداف نظرية السمات والعوامل:

إن الهدف العام من الإرشاد في نظرية السمات والعوامل هو تعليم المسترشدين المهارات الخاصة باتخاذ القرارات المؤثرة عن طريق مساعدتهم على تقويم خصائصهم بشكل أكثر فاعلية، وربط هذه التقويمات الذاتية مع المحكات الاجتماعية والنفسية الهامة. ويفترض المرشدون الذين يستخدمون نظرية السمات والعوامل في عملهم الإرشادي أن المهارات العالية في اتخاذ القرارات تعتمد بشكل كبير على كل من المعلومات الوجدانية والمعلومات المتصلة بالعمليات العقلية والجوانب المعرفية. (الشناوي، 1994، ص192)

ونحدد فيما يلي أهم أهداف ومسلمات الإرشاد وفق نظرية السمات والعوامل:

1. تتحدد أهداف الإرشاد في صورة تختلف من فرد لآخر، أي أنها تقوم على أساس فردي، وتركز على الحاجات الخاصة لكل مسترشد على حدة. ويستخدم المرشد الأساليب الفنية التي تناسب فردية كل مسترشد.
2. مساعدة المسترشدين على حل المشكلات التي يبحثون فيها عن مساعدة، وإن محكمات التقويم تخصص لتناسب مشكلات كل مسترشد.

3. يزود المرشد المسترشدين بمجموعة متنوعة من المعلومات الاجتماعية التي يمكن للمسترشدين استخدامها للمقارنة ولتحسين تقويمهم الذاتي لخصائصهم، وللتعرف على أوجه استخدام هذه التقديرات.
4. الاهتمام بالمجتمع وبنمو شخصية الفرد داخل المجتمع كي لا تنمو شخصية منعزلة ومضادة للمجتمع.
5. العمل على تحقيق الخير وتقليل الشر في طاقة الإنسان.
6. إن التعليم وسيلة ضرورية لمساعدة الإنسان على تحقيق ذاته.
7. مساعدة المسترشدين على تنمية طاقاتهم الكاملة أو أفضل ما يمكن منها.
8. التقبل غير المشروط للمسترشد، وهذا يؤدي إلى تنمية طاقته لأقصى حد ممكن.
9. الاهتمام بكلية النمو الإنساني، حيث يعتبر النمو الإنساني كفاحاً هادفاً من أجل الأحسن والذي يشتمل على مستويات النمو التي يحددها المسترشد على أنها المستويات المرغوبة في الحياة.
10. الاهتمام بالتطور المهني عبر سلسلة من مراحل الحياة.
11. مساعدة المسترشدين على تحقيق مفهوم الامتياز في كل جوانب النمو البشري.
12. مساعدة المسترشد في اتخاذ القرارات الصحيحة والفعالة بمهارة، وذلك بمساعدته في تقويم خصائصه بشكل أكثر فاعلية ودقة ومساعدته على عمل خيارات أفضل في الحياة.
13. ضرورة وجود علاقة إرشادية اختياريه، وتقع على المرشد مسؤولية تحفيز المسترشدين، وهم أولئك الطلاب الذين تدفعهم حاجاتهم بل ورغباتهم في مقاومة الإرشاد.
14. أن الإرشاد يكون ضرورياً عندما يواجه الطلاب مشكلات لا يستطيعون حلها بأنفسهم. والإرشاد في مثل هذه الحالات يكون علاجياً، ولكن الإرشاد ينبغي أن يشمل أيضاً أولئك الذين لا يتقدمون في نموهم (الإرشاد النمائي).

15. إن العلاقة الإرشادية علاقة محايدة فيما يتصل بالتوجيه والالتزام بالقيم، وينبغي على المرشد أن يبتعد عن النقد.
16. إن الحياة بحث عن سلم من الالتزامات القيمية. وعلى نظرية الإرشاد أن تعطي ترتيباً هرمياً لمختلف القيم المتضمنة في الوجود. وينبغي لهذا التدرج أن يكون مرناً. وتشتمل هذه القيم على: المنطق – السلوك الشريف – التعاون – الإحسان – الاستقلالية – الشجاعة – الكرم – الحساسية – الاتجاهات البناءة والإيجابية – ومستوى عال من الطموح أو السعي نحو الكمال. وهناك قيم أكثر عمومية تضم الاهتمام بالآخرين، والسعي للتميز في كل الأشياء، وسيطرة العقلانية والبحث عن الإنسانية الكاملة. (الشناوي، 1994، ص186)
17. إن الهدف من الإرشاد لا ينتهي بتقبل وتفهم الذات فيما يتصل بالمشاعر والانفعالات، وأن الإنسان في رأي ويليامسون فرد لديه مشاعر، ومساعدة المسترشد الشعور بأنه طيب يعتبر هدفاً للإرشاد. فالإرشاد من أجل النمو الذاتي يجب أن يتاح لكل شخص.
18. احترام قيمة وكرامة المسترشدين الذين نرشدهم والقائم على أساس المعرفة بالنضال غير المحدود للإنسانية لتحقيق طبيعتها الإنسانية الكاملة.

خامساً: عملية الإرشاد النفسي:

قدم "ويليامسون" مجموعة من التعريفات للإرشاد حيث اعتبر الإرشاد واحداً من العمليات الشخصية والفردية المصممة لمساعدة الفرد على أن يتعلم المواد الدراسية وخصائص المواطنة والقيم والعادات الاجتماعية والشخصية، وكذلك كل العادات والاتجاهات والمعتقدات الأخرى التي تساعد على تكوين الفرد المتوافق بشكل طبيعي. وفي صورة أوسع فإن وظيفة الإرشاد هي مساعدة المراهق أو الشاب في المدرسة الثانوية والجامعة على أن يتعلم طرقاً فعالة لتحديد أهداف مرغوبة، ومن ثم تحقيقها بالرغم من وجود عقبات قائمة في طريق التعلم.

أما التعريفات الحديثة للإرشاد فإنها تهتم بالجانب الخاص بتنمية تفهم الذات والاستقلال الشخصي ومنها:

تعريف ويليامسون للإرشاد باعتباره نوع خاص من العلاقات الإنسانية قصيرة المدى بين معلم (مرشد) لديه خبرة خاصة في مشكلات النمو الإنساني وفي طرق تسهيل وهذا النمو، وبين متعلم (مسترشد) يواجه صعوبات واضحة أو مدركة تقف في طريق محاولاته في تحقيق النمو. وفي إشارته لكتاب ويلز Wheelis – الحاجة إلى هوية – فإن ويليامسون يقترح التعريف التالي للإرشاد:

"الإرشاد هو طريقة لتسهيل سعي الإنسان في الحصول على هوية وكفاحه من أجل فهم ذاته والتعبير عن طموحاته." ويضيف: "أن المقابلة الإرشادية بصفة عامة... ينظر إليها على أنها نوع من العلاقات الإنسانية – الدافئة والودودة والمتعاطفة – والتي من خلالها يتعلم الفرد أن يدرك ذاته كما هي في الواقع، وأن يعيش مع ذاته ويتقبلها بكل الأخطاء ونواحي القصور بجانب قدراته وطاقاته الإيجابية".(الشناوي، 1994، ص190)

ويحدد "ويليامسون" الطبيعة التعليمية للإرشاد على النحو التالي " لقد احتفظت لفترة طويلة بالاقتناع بأن إحدى الوظائف الرئيسة للإرشاد، وخاصة المقابلة الإرشادية، هي مساعدة المسترشد (الطلاب) على تعديل المهارات الذاتية والمتمثلة بالأخطاء والخاصة بالتقدير الذاتي لإمكاناتهم وطموحاتهم ومفهوم الذات لديهم بمساعدة الطريقة العلمية للتعرف على الحقائق.

وفي الواقع أنني أرى التوازي بين استخدام التقدير الذاتي في المقابلة الإرشادية كوسيلة لتعليم الطلاب وبين استخدام طريقة ديوي لتعليم الطريقة العلمية (وليس حقائق العلوم) في فصل الحقيقة من اللاحقيقة من خلال المواد الدراسية في حجرة الدراسة. وفي كلا الموقفين، أي في المقابلة الإرشادية وفي حجرة الدراسة فإننا سنساعد الطلاب على أن يتعلموا الطرق العلمية لاكتشاف الفهم

والمعرفة. ففي أحداهما وهي المقابلة فإن مادة الموضوع تكون في الاكتشاف والمعرفة الخاصة بالذات، وفي الثانية وهي حجرة الدراسة فإننا نستخدم البيانات الخام للملاحظات العلمية حول ظاهرة طبيعية في الكون" (الشناوي، 1994، ص193).

وهكذا يعتبر "وليامسون" المقابلة الإرشادية على أنها نوع خاص من العلاقة الشخصية أو العلاقة الإنسانية، علاقة رقيقة وخيرة في الاهتمام بالمسترشد. وإن هذا النوع من العلاقة هو الذي يحفز الأفراد على أن يصّيروا أنفسهم في صورة إمكانيات كاملة. حيث يشير "ويليامسون" إلى قائمة أوجه للعلاقات الإنسانية وهي:

- إن المقابلة الإرشادية مقابلة فردية تتم على أساس من فردية المسترشد.
- إن العلاقة الإنسانية ذات طبيعة شخصية لدرجة كبيرة.
- إن العلاقة هي علاقة مساعدة يهتم فيها المرشد بشؤون المسترشد.
- إن العلاقة ذات طبيعة نمائية مع تحرك للأمام ونظرة إلى المستقبل.
- إن العلاقة الإرشادية تتمركز حول الحياة، أي أنها تركز على نمو الفرد في صورة مفهوم الذات أو إدراك للذات.
- إن المقابلة ذات إطار وجداني، فيها عناصر انفعالية لا تستبعد ولكن تستخدم كقوى منشطة أو حافزة.
- تركز العلاقات الإرشادية على كرامة المسترشد وقيمته كشخص ومثل هذا الاتجاه يحفز المسترشدين على أن ينموا طاقتهم بأكملها.
- تركز المقابلة على إمكانية الشخص في أن يفكر وأن يحل المشكلات بالوسائل المنطقية. ويقول ويليامسون: "أحب أن أفكر في المقابلة الشخصية في الإرشاد على أنها تدريب ذهني في التفكير حول حل المشكلات الشخصية بشكل جذري. إنها تدريب ذهني على التفكير وليست مجرد جهد أو محاولة للتخلص من مشكلة اليوم، وإنما هي مغامرة في استخدام المنطق مع الذات. وبعض الطلاب إذا تركوا لأنفسهم فإنهم من النادر أن يتعلموا استخدام المنطق بالنسبة لأنفسهم". ويرى "ويليامسون": "أن العلاقة الإرشادية هي علاقة حميمة بالمسترشد بأسلوب شخصي، ليست بالقوة والود الذي يسود العلاقة بين الوالد

والابن ولكنها في نفس الوقت أكثر عمقاً من الناحية الشخصية عما تعايشه في العلاقات العرضية من يوم إلى يوم".(Patterson, 1986, p 32 – 33)

وحول استخدامات المقابلة الإرشادية يذكر ويليامسون أربعة استخدامات هامة لها وهي:

- جمع المعلومات المناسبة حول المسترشدين.
- تقدير الإمكانيات.
- علاج المشكلات.
- مساعدة الأفراد على تحقيق طاقاتهم الكاملة في كل المجالات، وعدم الاقتصار على الجانب المهني.

وهكذا يقرر باترسون وزملاؤه أن الطريقة الجديدة للإرشاد تقوم على أساس افتراض أن الطلاب يكونون في الغالب غير قادرين على تشخيص استعدادهم وميولهم الخاصة ومن ثم فإنهم يحتاجون إلى مساعدة من شخص مدرب على التشخيص. وحين يناقش "ويليامسون" استخدامات المقابلة فإنه يرى ضرورة مساعدة الفرد على تقدير ذاته بالمقارنة مع المطالب الخارجية سواء كانت مدرسية أو مهنية أو مجتمعية. وأن ينخرط المرشد في عملية تأثير يساعد فيها المسترشد على اتخاذ قرارات أو اختيارات أو تنمية نظام للقيم دون الضغط على المسترشد أو إنكار لحقه في تقرير مصيره. (باترسون، 1992، ص 50).

لقد حدد "ويليامسون" و"دارلي" ست خطوات في العملية الإكلينيكية للإرشاد وهذه الخطوات هي:

1) التحليل (Analysis):

وتهدف هذه الخطوة إلى الحصول على فهم متطلبات المسترشد في الحاضر والمستقبل، من خلال عملية جمع المعلومات والبيانات عن المسترشد والتي عن طريقها يمكن تشخيص الدوافع والميول والاستعدادات والاتزان الانفعالي والصحة الجسمية وغير ذلك.

تستخدم في الإرشاد مجوعة من الوسائل التحليلية:

- السجلات الشاملة (المجمعة).
- المقابلة.
- جدول توزيع الوقت.
- المذكرات الشخصية.
- السجل القصصي.
- الاختبارات النفسية.
- تاريخ الحالة (تاريخ: الأسرة، الصحة، المهنة، الميول....).

وبعد جمع المعلومات والبيانات يهتم المرشد بالتعرف على أفكار المسترشد واتجاهاته. والطريقة التي يقترب فيها المسترشد من مشكلاته لا تُظهر فقط أسلوبه في الحياة، وإنما تحدد ردود فعله للتحليل والتشخيص. واتجاهات المسترشد نحو مشكلاته ونحو الطرائق والوسائل التي تساعد على تحقيق التكيف الكامل تبرز أهم عناصر المادة التحليلية. وترجع أهمية هذه المادة إلى أنها تكشف عن مدى استعداد المسترشد للتعاون مع المرشد (اتجاهات تعاونية)، كما تبين اتجاهات المسترشد أيضاً معتقداته ومعارفه عن الإرشاد، ثم يستميل المرشد المسترشد نحو مناقشة بعض الأدلة التي تؤيد أو تعارض هذه المعتقدات وتقارنها بمبادئ وأساليب العمل الإكلينيكي، وبذلك يعتبر أهم مهام العامل في مجال خدمة الأفراد هو أن يغير توقعات المسترشد عن الإرشاد حتى لا يتوقع المعجزات ويصل به إلى تقويم معتدل للطبيعة الإكلينيكية المعقدة للأساليب الإرشادية. (باترسون، 1992، ص51)

2) التركيب (Synthesis):

ويتضمن تلخيص وتنظيم المعلومات والبيانات المتجمعة من عملية التحليل لتحديد مواطن القوة والضعف والتوافق وسوء التوافق لدى المسترشد ووضعها في صورة تجعلها مفيدة في التشخيص.

3) التشخيص (Dignosis):

وهي عملية يتمكن المرشد من خلالها إيجاد التركيبات والصيغ المعبرة عن المشكلة وتلخيصها والتعرف على طبيعتها والعوامل والظروف التي أدت إلى وجودها وعلى جوانب القوة والقصور عند المسترشد. ويشتمل التشخيص على ثلاث خطوات رئيسة وهي:

1. التعرف على المشكلة:

وهي خطوة وصفية في طبيعتها، وليست وضع عنوان معين. وقد يكون للتقسيم التشخيصي أهمية واضحة، وذلك ما نجده في تقسيمات "بوردين" (Bordin) التي تشتمل على خمس مجموعات تشخيصية هي:

- الاعتمادية.
- نقص المعلومات.
- صراع الذات.
- قلق الاختيار.
- لا توجد مشكلات.

كما يقترح "بيبنسكي" (Pepinsky) المجموعات الخمس التشخيصية التالية:

- نقص الثقة.
- نقص المعلومات.
- نقص المهارة.
- الاعتمادية.
- صراع الذات.

2. اكتشاف الأسباب:

وتتطلب هذه الخطوة البحث عن العلاقات وبحث الماضي والحاضر وبحث الإمكانات وغيرها مما يساعد على فهم أسباب الأعراض. وعندما تكون البحوث العلمية التي تربط بين الأعراض والأسباب قليلة، فإن المرشد يعتمد على التخمين والحدس للتعرف على الأسباب، ثم اختبار حدسه بالمنطق وبردود فعل المسترشد وبتجربة برنامج مبني على ما ذهب إليه من تشخيص. ويمكن استخدام المنطق للتعرف على الأسباب، ولكن ينبغي اتخاذ الحيطة من الخلط بين السببية وبين الاقتران البسيط.

3. التنبؤ:

وهذه الخطوة إحدى عناصر التشخيص، وخاصة إذا كانت النتيجة معروفة، وعندما تُعرف النتيجة فإن التنبؤ يدخل في التشخيص. وعلى سبيل المثال: فإن تشخيص "الذكاء المنخفض" يتحول إلى "أداء مدرسي منخفض" أو "فشل مؤكد سينتج عن محاولة الطالب أن يصبح طبيباً حسب رغبته الحالية". فالتشخيص والتنبؤ ملائمان للأهداف التي يحاول الطالب تحقيقها. وإن إمكانية التغير وسهولته ينبغي أن تُؤخذ في الاعتبار في عملية التنبؤ. ويلاحظ أنه حين يرتبط التشخيص بالماضي والحاضر فإن التنبؤ يرتبط بالمستقبل. وإن الحذر ضروري في التشخيص وينبغي أن يتجنب المرشد القفز إلى الاستنتاجات. وينبغي على المرشد ألاّ يفشل في عمل التشخيص بسبب عدم وجود اليقين، فكل العلوم تتقدم عن طريق وضع الفروض والتوقعات ثم التنبؤ بصحتها أو عدمه.

ويمكن تعديل التشخيص أو رفضه خلال الإرشاد وتقديم البدائل واختيار المناسب منها واختباره أيضاً خلال الإرشاد، وهذا يعني أن التشخيص وصف احتياطي أو مؤقت وفق هذه النظرية. والتشخيص عمل تعاوني يتحمل فيه

المسترشد مسؤولية كبرى في فهم ذاته بالقدر الذي تسمح فيه قدراته الذكائية ورغبته في أن يقوم بذلك. وعندما يعجز المسترشد يتحمل المرشد هذه المسؤولية.

إلا أن "وليامسون" يرى أيضاً أن التنبؤ خطوة منفصلة في العمل الاكلينيكي، وخاصة حينما لا يوجد بحث سابق أو خبرة توضح طبيعة المشكلة أو الحالة. وفي هذا السياق سيكون التنبؤ خطوة أساسية في عملية الإرشاد.

4) التنبؤ (المآل) (Prognosis):

وتشتمل هذه الخطوة التوقعات والاحتمالات لكل خيار من الخيارات التي اختارها المسترشد (الطالب) لمستقبله الأكاديمي والمهني بعد التمكن من دراستها وتقويمها.

5) الإرشاد (Counseling):

ويتضمن الإرشاد مساعدة المرشد للمسترشد على استثمار مصادره الذاتية ومصادر المؤسسة التي يعمل بها والبيئة المحيطة به لكي يحقق التوافق الأمثل الذي يقدر عليه. ويشتمل مصطلح الإرشاد العناصر التالية:

أ. العلاقة التي يمكن الإشارة إليها بأنها علاقة تعليم موجه نحو فهم الذات.

ب. يغطي الإرشاد أنواعاً معينة من التدريب الذي يرغبه الفرد ويحتاج إليه للتوافق مع الحياة وتحقيق أهدافه الشخصية.

ج. يشمل الإرشاد بعض المساعدات الشخصية التي يقدمها المرشد للمسترشد لكي ينمي مهارة معينة في استخدام المبادئ والأساليب اللغوية العامة في حياته اليومية.

د. يشمل الإرشاد الأساليب والعلاقات التي تعتبر علاجية في طبيعتها.

ه. يشمل الإرشاد إعادة بعض أشكال التربية والتي تتبع عادة عملية التفريغ العلاجي.

وطبقاً لوجهة نظر "وليامسون" فإن الإرشاد طريقة معينة من التعلم تساعد الفرد على مواجهة كل أنواع المواقف، وتحاول استخدام أسلوب طريقة السبب – النتيجة في تحليل كل أوجه الحياة والسلوك. والغرض من الإرشاد هو مساعدة الفرد على صياغة الأسئلة التالية:

- كيف وصلت إلى هذا الموقف، وما هي العوامل التي سببت هذا السلوك؟
- ما هي التطورات المحتملة في المستقبل إذا استمر الوضع الحالي؟
- ما هي الأوضاع البديلة أو الممكنة وما هي وسائلها؟
- كيف يمكنني أن أعكس التوقعات السابقة، وكيف أستطيع إحداث التغيير في سلوكي؟

وهكذا نرى أن الإرشاد – وفق نظرية السمات والعوامل – أكثر من مجرد علاج نفسي، إنه طريقة عامة للتوافق مع الحياة، ومحاولة لمساعدة المسترشدين لمواجهة مواقف التوافق قبل أن يصبحوا مستغرقين في صراعات ذاتية تستدعي علاجاً معقداً وعميقاً.

6) المتابعة (follow – up):

وهي خطوة تتضمن ما يقوم به المعالجون لمساعدة المسترشدين على مواجهة المشكلات الجديدة أو مواجهة عودة المشكلات القديمة وتشمل ما يتم فعله لتقرير فاعلية الإرشاد. (للتوسع يمكن الرجوع إلى كتاب باترسون، 1992، 43 – 57)

سادساً: تشخيص بعض السمات التي تحدد الشخصية:

من الأبعاد الأساسية للشخصية عند آيزنك الانبساطية Extraversion مقابل الانطوائية Traversing، لذلك سنحاول تشخيص السمات التي تحدد الشخصية الانبساطية والانطوائية:

الانبساط والانطواء مصطلحان يدلان على نموذجين من الشخصية يتجهان قليلاً أو كثيراً نحو العالم الخارجي أو نحو العالم الداخلي. وكل فرد يمكنه أن يكون انبساطياً أو انطوائياً.

وبينت الدراسات ذات المستوى الواسع التي انصبت على موضوع الشخصية أن الانبساطي النموذجي:

- اجتماعي، يحب الاجتماعات ولديه أصدقاء كثر.
- بحاجة إلى أن يتكلم ولا يحب القراءة والدراسة وحده.
- إنه يقبل المخاطر بل يبحث عنها، إذ يتصرف دون أن يمنح نفسه مهلة التفكير.
- اندفاعي ويحب المزاح السهل وهو حاضر الجواب.
- يأخذ الحياة كما هي، ويستمتع بكل دقيقة إلى منتهاها دون الإمعان في التفكير في المستقبل.
- غير مبال، مسترخ، متفائل، ويحب الضحك والتسلية.
- يتصف المنبسط بالايجابية والثقة والتفاؤل والانشراح والجرأة.
- يميل إلى كثرة التحدث وحب الظهور.
- يمتاز بسهولة التعبير اللفظي عن نفسه.
- يميل إلى أن يكون عدوانياً ،غضوباً لا يضبط ذاته.
- ليس جديراً بثقة الآخرين دائماً.
- ترتفع عنده القدرة السمعية.

- يميل إلى الحركة والحيوية والنشاط ويهوى الرحلات والألعاب الرياضية وتسلق الجبال.
- يتحدث بثقة ويعطس بصوت مرتفع ويشغل على المائدة حيزاً كبيراً.
- يفضل الجلوس في المقدمة ويمشي رافع الرأس منتفخ الصدر.
- يميل في الأغلب إلى البدانة وامتلاء الجسم.
- سريع التكيف للمواقف الجديدة، وسريع التعارف على الناس، وسريع الاستجابة.
- الصلة بينه وبين العالم الخارجي وثيقة، فالقيمة الكبرى عنده للموضوع الخارجي وليس للذات.
- يعقد صلات مع الناس بسرعة ولكنه يقطعها بسرعة أيضاً، فهو راغب بكل جديد.
- المنبسط: واقعي، عملي، تجريبي، حسي.

أما الانطوائي النموذجي فإنه يتمتع بالسمات التالية:

- فرد هادئ، قليل الانفتاح، يغلب عليه التردد.
- يفضل الكتب على الناس.
- متحفظ ويميل إلى التوقع ويفكر قبل أن يعمل.
- يؤثر العزلة والاعتكاف ويميل إلى التهيب والخجل والحساسية المفرطة، متشائم.
- مرتبط كثيراً بالقيم الأخلاقية.
- يحذر من الاندفاعات الآنية ولا يحب الهياج ويأخذ الأحداث اليومية على محمل الجد ويحب أسلوب الحياة المنظمة.
- يراقب عواطفه ونادراً ما يكون عدوانياً، ولا يغضب بسهولة.
- كثير الندم والتحسر على ما فات.
- شخص يمكن الاعتماد عليه.
- يمشي متهيباً متمهلاً في خفة ونعومة وكأنه يخاف أن يلمس الأرض

- يسير وعيناه منخفضتان لا يجرؤ على الحملقة في وجوه المارة.
- لا يحب الجلوس في المقدمة ويضع نفسه خلف المتحدث خلسة.
- قبل أن يتحدث يستجمع قواه ويهرب إذا شعر أن العيون ترقبه.
- يجلس وكأنه لا يشغل حيزاً من المكان، محاولاً إخفاء وجهه.
- ينكمش ويتضاءل وهو ينظر إلى ساعته.
- يجلس بحذر على حافة المقعد، وإذا ما تحدث فبصوت منخفض.
- ينتظر حتى يصبح وحده فيعطس باستحياء.
- أكثر شعوراً بالذنب نتيجة لتأثره بوصايا الوالدين.
- يؤثر الخيال الوهمي ويفضل قراءة القصص العاطفية على العلاقات العاطفية الواقعية.
- يميل المنطوي إلى النحافة.
- لا يحب المشاركة في النشاطات الاجتماعية ويفضل المناشط والألعاب العقلية الداخلية.
- لا يُظهر عواطفه وانفعالاته بسهولة، ولا يقيم صداقاته بسهولة، ولكن إذا اقامها فإنها تتصف بالعمق والولاء والإخلاص والوفاء.
- يميل إلى تحليل نفسه ونقدها.
- رد فعل المنطوي يتصف بالسلبية.
- قليل الأصدقاء، قليل الأعداء.
- يكثر التفكير في صغائر الأمور.
- يكثر التأمل في ذاته وفي مشاعره وآلامه وآماله.
- كتوم يحتفظ بأسراره لنفسه، يكبت عواطفه وانفعالاته، يحدث نفسه ويشغله كثيراً ما يظنه الناس فيه.
- يميل إلى الخيال الجانح، والاستغراق في الأوهام، وتستولي عليه أحلام اليقظة التي يحقق فيها آماله وتطلعاته التي يعجز عن تحقيقها في عالم الواقع.
- المنطوي مثالي، رمزي، ذاتي، نظري.

إن هذه السمات لكل من الشخصية الانبساطية والانطوائية تجعلنا نتساءل: أيهما أفضل؟

الوضع المثالي أن نكون وسطاً بين الانطواء والانبساط، وأن نأخذ من كل بستان باقة، لأن السمات المذكورة أعلاه ليست ايجابية دائماً كما أنها ليست سلبية. وهذا يقودنا إلى معرفة الأسباب التي تؤدي إلى الانبساط والانطواء:

يذهب بعضهم إلى القول بأن ظاهرتي الانطواء والانبساط، ترجعان إلى عوامل فطرية وراثية، وحجتهم في ذلك أن التمييز بين السلوك المنطوي والمنبسط يمكن ملاحظته في الطفولة المبكرة، حيث تظهر على الطفل المنبسط دلائل سرعة التكيف مع البيئة، وانتباهه الزائد نحو الأشياء المحيطة به، خاصة نحو تأثيره عليها، فهو يتحرك ويلعب ويعيش وسط الأشياء في ثقة وجرأة، ويدرك ما يحيط به إدراكاً سريعاً ولكنه عشوائياً، وإن كان أقل خوفاً من الطفل المنطوي، فإنه ينمو أسرع منه، ويختلط بالأشياء فلا يستشعر حدوداً تفصله عنها، وهو يدفع نفسه إليها، ويخاطر بنفسه في استكشاف ما تقع عليه يديه.

أما الطفل المنطوي فإنه يميل إلى الخوف والتردد، ويعكف عن المواقف الجديدة ويقترب منها في خوف وترقب. ويذهب دعاة الوراثة إلى القول بأن هاتين الظاهرتين تحددهما أيضاً عوامل داخلية فيزيولوجية كإفرازات الغدد الصماء، والجهاز العصبي المركزي وبعض التفاعلات الكيماوية والتغيرات التي تطرأ على الهرمونات وعمليات الأيض والتمثيل المختلفة. ولقد ذهبوا إلى تدعيم أثر الوراثة بما لاحظوه من ارتباط بين البدانة والانبساط والنحول والانطواء. انطواء من أبناء الطبقات المتوسطة والعليا.

ويأتي الدور الهام هنا للتربية فقد لوحظ بأن التوأم الذي يتربى مع أمه يكون أكثر انبساطاً من زميله الذي حرم منها، كذلك يميل الطفل الوحيد إلى أن يكون منطوياً. وتعتمد هاتان الظاهرتان اعتماداً كبيراً على ما يلقاه الطفل من

معاملة المحيطين به. فالطفل الذي يحرم من إشباع حاجاته الأولية والذي يجد صداً دائماً من قبل الكبار حين يريد التعبير عن نفسه لا بد وأن ينزع إلى الانسحاب. كذلك وجد أن مواقف الإحباط التي يتعرض لها الطفل في المدرسة تشعره بالألم، ومن ثم فإنه يتفادى الإحساس المؤلم بالانسحاب كإحدى الحيل الهروبية من المواقف غير المرغوب فيها. كذلك توجيه النقد الهدام للطفل والتقليل من قدراته من شأنه أن يقوده إلى الشعور بالنقص وعدم الثقة بنفسه، ومن ثم يلجأ إلى الانطواء. وكذلك التربية الاتكالية حيث يحرم من الفرص التي يتمرس فيها على تحمل المسؤولية والقيام بأدوار قيادية من شأنها أن تدفعه إلى الانزواء في المناسبات التي تتطلب مثل هذا السلوك. كذلك سد الطريق أمام الطفل للتعبير عن نفسه من شأنه أن يقوده إلى الصمت والاستغراق في الأحلام.

أما التسلط على الطفل وممارسة العنف عليه والكبت والحرمان والإهمال ة والتوبيخ وما إلى ذلك، له أثر في اتجاه الطفل نحو الانطواء أو الانبساط. وللمدرس ولأسلوب التربية الأثر الأكبر في هذا أيضاً.

والواقع أننا لا نستطيع أن نزعم أن الانطواء والانبساط اكتساب صرف،أو وراثة محضة. ولكن الإنسان ابن الوراثة والبيئة معاً. فالوراثة تضع البذور وتحدد الإطار العام الذي لا يمكن أن تتعداه العوامل البيئية. فالبيئة لا تخلق من العدم، والوراثة وحدها لا تجدي... إننا لا نستطيع أن نحول الأقزام إلى عمالقة، ولا البلهاء إلى عباقرة. ولكن بذور البرتقال مثلاً تحتوي على شجرة برتقال، ولا تستطيع تربية كائنة ما كانت أن تخلق من بذور التفاح برتقالاً، كذلك التربية الصالحة لنمو البرتقال قد تكون من العوامل المعوقة لنمو التفاح...

وهكذا فإن البيئة تصقل وتوجه النمو، تسمح للذكاء مثلاً أن يخبو أو يظهر ثم توجه سيره، فإما تفوق في العلم أو في الجريمة.

إذا قبلنا أن الشخصية الإنسانية محطة لتفاعل مجموعة العوامل الوراثية والبيئية يبقى تحديد الأهمية النسبية لكل منها أمر بالغ الصعوبة... على أننا نميل لاستخدام لفظ الوراثة بمعنى كل ما يولد مزوداً به الطفل، أو على الأقل ما توجد جذوره عند ميلاد الطفل... ولسنا نعني بها فقط مجرد الانتقال من الآباء إلى الأبناء. وإن ميلاد الطفل ليس إلا مرحلة جديدة من مراحل نموه فقط، فكل ما هو غير مكتسب او متعلم فهو فطري..... فالصدمات التي يتعرض لها مخ الطفل أثناء الولادة المتعسرة ليست وراثية ولكنها ذات تأثير بالغ على شخصيته. هذا قد يبرر ما لوحظ من أن أحد أفراد الأسرة الواحدة قد يكون منطوياً والآخر منبسطاً. ولتوضيح صعوبة تحديد ما هو وراثي وما هو مكتسب. تخيل أن أماً منطوية أنجبت طفلاً ولوحظ على سلوكه بعد أن بلغ سناً تسمح لنا بملاحظته أنه أيضاً منطوي. هنا لا نستطيع أن نجزم بأنه ورث انطوائيته ولم يكتسبها لأنه يحتمل أن تكون الأم قد ربته على الانطوائية وغرست فيه السلوك المنطوي، وأن يكون هو قد نقل عنها تقليد الانطواء. إننا نجد في أصحاب الوراثة، كما هو الحال في التوأم أن العوامل البيئية عندهم متشابهة إن لم تكن موحدة على أننا في قبولنا للدور الوراثي، يجب أن نقرر أن هذا الدور مشروط بنوع السمة.

فالسمات الفسيولوجية يغلب عليها العامل الوراثي، بينما السمات الخلقية والنفسية كالاتجاه نحو الأسرة أو نحو المجتمع فهي خاضعة للتعليم والاكتساب، والواقع أن الدراسات الحديثة قد أثبتت أن كثيراً من السمات والقدرات التي كان يظن أنها محدودة بعوامل وراثية صرفة، أمكن تعديلها، في الذكاء مثلاً أمكن تعديل مستوى بعض الأفراد عن طريق وسائل تربوية صالحة، وعن طريق تحسين التغذية واستخدام وسائل وقائية وعلاجية معينة. (فايد، 2005، ص 163)

سابعاً: أهم الفنيات المستخدمة في النظرية:

يشير "ويليامسون" إلى أنه طالما أننا ننظر إلى الإرشاد على انه أوسع مدى من العلاج النفسي فإن المرشد يمكنه أن يختار من بين عدد كبير من أساليب الإرشاد ما يناسب المشكلة التي يتعامل معها، كما يؤكد على أهمية الفروق الفردية وأنه لا يوجد أساليب تناسب إرشاد كل الطلاب وإنما يجب أن يكيف المرشد أساليبه وطرقه بما يناسب فردية كل مسترشد. وبذلك يجب أن تكون هناك مرونة في هذه الأساليب، وبذلك نقول ان الأسلوب الذي تستخدمه هو أسلوب خاص بمشكلة معنية لدى طالب معين. ويقترح "ويليامسون" خمسة أساليب أو تكنيكات للإرشاد وهي:

1. تعزيز المسايرة.
2. تغيير البيئة.
3. اختيار البيئة المناسبة.
4. تعلم المهارات التي تدعو الحاجة إليها.
5. تغيير الاتجاهات.

يصرح "وليامسون" أن الاهتمام بالفروق الفردية يتضح في اختيار أساليب الإرشاد. فالأساليب خاصة بحسب الأفراد والمشكلات، وكل أسلوب إنما يستعمل لمسترشدين مخصوصين ولمشكلات خاصة. والمرشد الكفء يختار أساليب لنماذج من الأفراد والمشكلات، ثم يقوم بعمل التعديلات الضرورية ليحصل على النتيجة المرغوبة بالنسبة لمسترشد معين.

وقد ناقش "وليامسون" أساليب الإرشاد تحت خمسة عناوين رئيسة تتصل بالمقابلة وهي:

1) بناء المودة (الألفة) Establishing rapport:

وهناك مجموعة من العوامل التي تعبر أساساً لبناء الألفة وهي السمعة الطيبة التي يتمتع بها المرشد من حيث كفاءته والتزامه باحترام فردية المسترشد ومحافظته على الأسرار الخاصة وكذلك طريقة التكامل مع المسترشد قبل المقابلة الإرشادية.

إن الاهتمام الشخصي والفهم ضروريان في المقابلة. فعندما يدخل المسترشد إلى مكتب المرشد فإن أول ما يجب فعله هو أن يشعر المسترشد بالراحة من خلال مبادرته بالتحية ومناداته باسمه ومصافحته وتجنب كل ما يعبر عن انحراف المزاج أو التململ أو التكبر. كما ينبغي أن تبدأ المقابلة بالحديث عن الأنشطة والاهتمامات الشخصية للمسترشد في جو من الألفة والراحة والطمأنينة والدفء.

2) تشجيع فهم الذات Cultivating self – Understanding:

يجب أن يكون لدى المسترشد فهم عن قدراته وعن جوانب الضعف لديه وأن نساعده على أن يكون راغباً في استخدام هذه القدرات، أي جوانب القوة لديه وأن يتغلب على جوانب الضعف. وهذا يتطلب من المرشد تفسير البيانات التي تم الحصول عليها مثل درجات الاختبارات بصورة فنية مبسطة، وتجنب المصطلحات الإحصائية في تفسير الدرجات وتجاوز الدرجات المنخفضة.

وفي تفسير التشخيص وتوضيح الدليل المؤيد لهذا التشخيص ينبغي على المرشد التأكد من تتبع المسترشد لتفسير البيانات وفهمها، وألا يذهب بعيداً في التفسير الذي لا يستطيع المسترشد متابعته وعدم الإغراق في التفصيلات غير

الضرورية. وذلك يعني أن يتذكر المرشد الحقائق التي بُني عليها التشخيص وذكر المسؤوليات التي تحكم خطة العمل.

إن فهم المسترشد لذاته ليس كافياً، حيث يذهب المرشد إلى أبعد من ذلك، فيساعد المسترشد على حل المشكلات العملية التي تواجهه. وفي هذه المساعدة يأخذ المرشد دور المعلم في استخدام طرق حل المشكلات لتعليمه طبيعة هذه الطريقة وكيفية استخدامها لمواجهة مشكلاته.

3) تخطيط برنامج العمل Planning a Program of Action:

يبدأ المرشد باختيارات المسترشد وأهدافه واتجاهاته، ثم يشير إلى البيانات المناسبة وغير المناسبة من التشخيص، مع توضيح الدليل المؤيد أو المعارض لها. ثم يزن المرشد الدليل ويشرحه ويوجه المسترشد على هذا النحو أو ذاك. وينبغي أن يكون المسترشد جاهزاً لتقبل الدليل، لأنه قد هيئ لذلك مسبقاً عند عرض المرشد للمادة والدليل.

قد تتطلب هذه العملية أكثر من مقابلة وخاصة مع المسترشدين الذين لديهم اتجاهات وردود فعل انفعالية نحو قدراتهم واستعداداتهم وميولهم. وينبغي على المرشد أن ينير الموقف ويشرح وجهة نظره، فإذا بدا على المسترشد عدم الرغبة في مسايرة المرشد، عندها يتجنب المرشد فرض رأيه بالقوة، وأن يعود المسترشد مرة أخرى. ويرى "باترسون" أنه لا ينبغي للمرشد أن يخشى تقديم النصح المباشر إذا شعر بأن المسترشد غير قادر على إدراك ما تقتضيه المعلومات المتجمعة أو كان غير راغب في وضعها موضع الاعتبار. **وهناك ثلاث طرق يمكن أن يستخدمها المرشد في نصح المسترشد (الطالب) عقب شرح المعلومات:**

طريقة النصح المباشر:

حيث يشرح المرشد في صراحة وجهة نظره. وهذه الطريقة يمكن استخدامها مع المسترشدين الذين يتصفون بصلابة العقل ويطلبون الرأي الصريح، ومع الذين يصرون على اختيار معين، يرى المرشد أبنه سيؤدي إلى عواقب خطيرة.

طريقة الإقناع:

وهي مفيدة حينما تؤكد المعلومات ضرورة الأخذ باختيار معين. وعندها ينسق المرشد الدليل بطريقة مقبولة ليوجه المسترشد إلى رؤية نتائج الاختيارات المختلفة.

الطريقة التوضيحية:

وهي أفضل هذه الطرق، حيث يقوم المرشد بتوضيح المادة التشخيصية بدقة وروية، مبيناً المواقف التي يمكن أن تستفيد من إمكانات المسترشد. (باترسون، 1992، 61)

4) تنفيذ الخطة Carrying cut the Plan:

بعد أن يحدد المسترشد اختياره أو قراره يقدم له المرشد المساعدة المباشرة في التنفيذ. وقد يشتمل ذلك على عمل علاجي أو على تخطيط لبرنامج تربوي للتعليم أو التدريب.

5) التحويل إلى أخصائيين آخرين Referral to other Personal:

وبما أنه لا يوجد مرشد يستطيع الإحاطة في كل المجالات، فعليه أن يدرك جوانب القصور لديه شخصياً، وأن يعرف المصادر التي يمكن أن تقدم المساعدة في بعض الجوانب التخصصية وأن يحوّل إليها المسترشد إذا اقتضت الحاجة.

سادساً: تقويم النظرية:

لقد تبين لنا من عرض هذه النظرية أنها حاولت استخدام الطريقة العلمية في الإرشاد بالاعتماد على القياس والاستنتاج. كما اشتملت العملية الإرشادية على جمع المادة العلمية عن المسترشد ثم تركيب هذه المادة في صورة تشخيص وتخطيط برنامج عمل. وإن دور المرشد في نظرية السمات والعوامل هو تعليم ومساعدة المسترشد على أن يتعلم فهم ذاته ويقبلها في صورة قدرات واستعدادات وميول، ومساعدته على الوصول إلى الاختيار واتخاذ القرار وحل المشكلة، وأن يتعرف على أساليب الحياة، وأن يقدرها في صورة استخدامات أو نتائج، وعند اللزوم يحل محلها سلوكاً أكثر ملاءمة لتحقيق جوانب الرضا المناسبة والمرغوبة في الحياة والتي وضعها المسترشد كهدف شخصي له.

ينخرط المرشد في عملية تأثير ولكنها عملية يساعد فيها المرشد المسترشد في اتخاذ القرارات أو الاختيارات أو تنمية نظام للقيم بدون الضغط على المسترشد أو إنكار لحقه في تقرير مصيره، وإذا كان هناك عناصر وجدانية موجودة فإنه يجري التعامل معها، ولكنها ليست نهاية أو غاية الإرشاد.

يأخذ المرشد دور المعلم في استخدام طرق حل المشكلات لتعليمه طبيعة هذه الطريقة وكيفية استخدامها لمواجهة مشكلاته. وفي إحدى مقالات "وليامسون" بعنوان "المرشد كتكنيك" يرى: أن المرشد يمثل دوراً نموذجياً يحتذي به الطلاب. وكنموذج محتمل ينبغي على المرشد أن يعبر عن فلسفته في النمو الإنساني، قوامها الأمل والتفاؤل وذلك من خلال سلوكه. فسلوكه ينبغي أن يرمز إلى التزامه نحو تربية اليافعين، وأنه مرب واسع خصب التفكير، كما أنه على درجة من الكفاية في مجال تخصصه. وأن يضرب المثل خلال المقابلة في تأكيد أهمية البحث والتفكير العميق للمسترشد كي يحقق الفهم الكامل للذات. (باترسون، 1992، 63).

تحاول طريقة السمات والعوامل أن تستخدم الطريقة العلمية في مجال الإرشاد عن طريق استخدام القياس والتنبؤ بالنتائج وتشتمل هذه الطريقة على جمع البيانات الموضوعية حول المسترشد وتركيب هذه البيانات في التشخيص وتوقع النتائج من هذه البيانات (المآل) وتخطيط برنامج للإجراءات يقوم على هذه المعلومات ويرتبط المرشد مع المسترشد في علاقة تعليمية حيث يساعده في الحصول على معلومات أو يقدم المعلومات المناسبة اللازمة كما يعرض البدائل أو الخيارات المناسبة ويحاول أن يساعد المسترشد في الوصول إلى أفضل اختيار أو قرار أو حل للمشكلة وهذا الاختيار أو القرار يخص المسترشد وحده ويجب على المرشد أن يتجنب أي تأثير زائد أو ضغط على المسترشد.

إذا ما تصرف الشخص بطريقة ما في مواقف معينة فإننا نتوقع منه أن يسلك بنفس الطريقة نفس السلوك في مواقف أخرى إن علماء نفس السمات يميزون بين ثلاثة مفاهيم مختلفة فيما يتعلق بهذا الافتراض ،أولا أنهم يعتبرون

إن استعداد الفرد الثابت وقابليته للتصرف بطريقة معينة يعتبر سمة تمييزاً لها عن استعداد الفرد وقابليته للتصرف بطريقة ما ولكن بصورة أقل ثباتا وغير متسقة مع الزمن وهذا ما يسمى الحالة. فالقلق كسمة فهو الاستعداد للاستجابة للقلق في مواقف مهددة للفرد، أما القلق كحالة فهو الشروط والظروف التي تتسم بها العضوية أثناء القلق كالخوف ودرجة عالية من الإثارة والنشاط. وللتمييز بين العادة والسمة نعّرف العادة بأنها نوع من الميل المحدد، في حيث أن السمة أكثر عمومية منها، كما أن السمة تتكون من تكامل عدد من العادات النوعية التي لها دلالتها التكيفية عند الفرد.

إن اتساق السمات ثباتها وعموميتها كانت إحدى نقاط الجدل الرئيسية عند علماء نفس الشخصية في الأعوام العشرين الأخيرة من القرن العشرين. حيث انتقد ميشيل Michel W. (1968) نظرية السمات بالقول "إن أشكال السلوك التي غالبا ما نظر إليها على أنها مؤشر على ثبات السمات، هي بالحقيقة ذات

خصوصية عالية وأنها تعتمد على تفصيلات ومثيرات الموقف الذي يمر به الفرد وعلى نمط استجابته التي تستخدم لقياسها" (عبد الله ،2000، 187). ولكن ميشيل نفسه قد لاحظ من خلال العديد من الدراسات التي أظهرت عدم اتساق السمات أن أغلبها لم يتبع طرق بحث دقيقة.

حاول علماء نظرية السمات في السنوات الأخيرة من القرن العشرين على إعادة تطوير طرائق البحث المتبعة وبينوا أن باستطاعتهم تأييد وجود مظاهر سلوكية ثابتة ومتسقة في المواقف المختلفة ومع مرور الوقت وبالرغم من ذلك فالعديد من الصفات التي تم دراستها من قبل علماء سيكولوجية السمات تبدو غير ثابتة.

من الملاحظ أن هناك فروقا واضحة في العادات والاهتمامات والاستجابات الاجتماعية بين الراشدين حتى منذ الولادة فإن المواليد يختلفون في شدة ونبرة أصواتهم واستجاباتهم لمواقف إحباطية أو مكافأة. إن جميع الأفراد مختلفون ومتميزون بحيث كل فرد يتميز عن الأخر في العديد من السمات كما تظهر في أشكال سلوك متعددة.

إن إستراتجية السمات تعمل على دراسة هذه الفروق الفردية من خلال استنادها لثلاثة افتراضات رئيسية: الأول، أن الفروق الفردية تنشأ من خلال الفروق في قوة السمة التي يملكها الشخص والثاني أنها تنشأ من خلال عدد السمات التي يملكها والثالث استنادا إلى مجموع أو كمية السمات التي يملكها. (عبد الله، 2000، 184.188)

ويمكننا تحديد أهم ايجابيات نظرية السمات والعوامل بالنقاط التالية:

- تميز بين الإرشاد والعلاج النفسي: حيث أن الجانب الوجداني هو موضوع العلاج النفسي بينما الإرشاد النفسي يركز على الجانب المنطقي. ويظهر الفرق بين الاثنين (كما يرى ويليامسون) من خلال الأسلوب الذي يستخدم في كل منهما. ففي العلاج يكون المرشد مذعناً أو سلبياً أو أقل نشاطاً، فلا يقدم مادة ولا معلومات ولا يقترح بدائل وذلك حين يعالج مشكلات تربوية أو مهنية. أما في الإرشاد يهتم المرشد بالانفعالات في الإرشاد التربوي والمهني. (باترسون، 1992، 61). ومع هذا فإن هذه النظرية تدرك أن هناك تداخلاً بين العلاج والإرشاد النفسي.
- إن المرشد شخص نشط له تأثير على المسترشد.
- تعتبر القيم مصادر للدافع والعزيمة، حيث يقوم المرشد كمعلم بمساعدة المسترشد على محاولة التعرف على أنظمة بديلة من القيم. ويكون دور المسترشد كطالب كشف القضايا والاختيار والعمل طبقاً للقيم.
- تهتم هذه النظرية بأن تكون قيم المسترشد مسايرة لقيم المجتمع.
- إنها تؤكد على كون الإرشاد منطقياً ويشتمل عملية حل المشكلات.
- تركز هذه النظرية على وجود بيانات موضوعية واختبارات. في صورة قياسات ناتجة عن استخدام المقاييس.

أما أهم سلبيات النظرية نحددها بالنقاط التالية:

- إن مصطلح السمة مأخوذ من علم الوراثة أي أن درجة التشابه بين المفهوم البيولوجي والنفسي ما تزال غير واضحة في العديد من بحوث نظرية السمات.
- لقد اعتمد علماء نظرية السمات على أفكار نظرية في عملهم واعتمدوا في ذلك على نظريات أخرى، ولكنهم لم يطوروا نظريتهم مقارنة بغيرهم من أصحاب النظريات الأخرى التي أخذوا منها.

- لكن رغم وجود الاتساق والثبات في سلوك الناس وتصرفاتهم إلا أن نظرية السمات لا تعطي الأساس اللازم للتنبؤ بالسلوك عند فرد معين وبدرجة عالية من الدقة.
- إن هذه النظرية لم تقدم شيئا حول علاج الشخصية وطرائقها في المعالجة مستعارة من تقنيات ونظريات أخرى.
- إن الدور الأكبر في عملية الإرشاد هو للمرشد وليس للمسترشد، حيث أن المرشد يتعامل مع المسترشد على أساس تعامل معلم مع طالب.
- إن نظرية السمات والعوامل تركز على الجوانب المنطقية فهي تتبع الطريقة العملية في تناولها للمشكلات والبحث عن بدائل واختيار أحد هذه البدائل واستخدامه، لكن عدم اهتمامها بالمشاعر والانفعالات بشكل كبير يقلل من فعالية هذه الطريقة.
- على الرغم من طول الفترة التي مرت بها هذه النظرية إلا أن عرضها لا يزال ينقصه المنهجية، وعلى الرغم من إتباعها للطريقة العلمية في إرشاد الطلاب إلا أنها لا تزال دون النضوج العملي من حيث إخضاع جوانبها المختلفة للبحث العلمي.
- إن إسقاط جانب الوجدان في التعامل مع مشكلات الإنسان ومع الإنسان نفسه في علاقة مثل علاقة الإرشاد يقلل من فاعلية هذه الطريقة.
- وفي الوقت الذي يدرك فيه "ويليامسون" أن الطلاب لا يفكرون بشكل منطقي، فإنه يصر على التوجيه المنطقي للإرشاد، والذي يمكن أن ينظر إليه على أنه عملية دفع الطلاب أن يفكروا بشكل منطقي فيما يتعلق بمشكلاتهم واختياراتهم، وهو أمر يراه بعضهم غير ذي جدوى.(الشناوي، 1994، 212).
- يرى "باترسون" في تقويمه لهذه النظرية أن التأكيد على المادة الموضوعية يعتبر أسلوباً ضيقاً للإرشاد لاعتبارين: الأول أنه لا يعطي اعتباراً كافياً ولا يتعامل مع ردود الفعل الوجدانية للمسترشد. والاعتبار الثاني هو أنه يهمل نوعاً من المادة التي تعتبر ذات أهمية كبيرة في اتخاذ القرارات وعمل الاختيارات

بواسطة الطالب. تلك المادة هي إدراك الطالب لذاته وللعالم أو ما يطلق عليه الحقائق الموضوعية. (باترسون، 1992، 88)

- ومن الجوانب التي يركز عليها المسترشدون بالسمات والعوامل جانب التشخيص حيث يرى "ويليامسون" أنه لا يمكن أن نقدم شيئاً له قيمة في مجال الإرشاد ما لم يكن لدينا تشخيص دقيق. والواقع العلمي يقول أن التشخيص في هذا المجال لم يصل بعد إلى مستوى الدقة على النمو الذي يتصوره ويليامسون سواء لاختلافات في المفاهيم أو المشكلات في أدوات القياس التي تستخدم في التشخيص.
- على الرغم من كثرة ما كتبه "ويليامسون" حول السمات والعوامل وطول الفترة التي مرت بها هذه الطريقة، إلا أن عرضها لا تزال تنقصه المنهجية. ورغم ما تنادي به هذه الطريقة من إتباع الطريقة العلمية في إرشاد الطلاب فإنها لا تزال دون النضوج العلمي من حيث إخضاع جوانبها المختلفة للبحث العلمي. ومازال الباحثون ينقلون عن "ويليامسون" قوله: "إن الإرشاد هو عملية محاولة وخطأ". (الشناوي، 1994، 213). حيث يختبر المرشد أساليب الإرشاد، فإذا ثبت عدم فاعليتها، يحاول مرة أخرى، بل عدة مرات. وتستمر المحاولة والخطأ حتى يجد الأساليب الملائمة.
- يلاحظ في هذه النظرية القصور الملحوظ في عدم وجود أسلوب منظم للإرشاد. حيث أنه لا يوجد مبادئ عامة تقود المرشد إلى استخدام الأساليب الإرشادية، وإنما يعتمد ذلك على شخصية المسترشد. ويرى "باترسون" أن القيمة العلمية للمادة التي تستخدم في الإرشاد مؤكدة، إلاّ أن عملية الإرشاد وأساليبه لم تُبن على أساس علمي أو تجريبي. ويعترف المرشد بأنه لا يوجد الدليل الذي يمكن الاعتماد عليه والذي يحدد تكنيكاً (أسلوباً) خاصاً كوسيلة مؤكدة لتحقيق التكيف المرغوب. (باترسون، 1992، 89)
- ليس في هذه النظرية مكان كبير للمفاهيم النفسية المتصلة بالشخصية دائماً، فالمفهوم الأساسي الذي تبنى عليه هو وجود فروق فردية يمكن قياسها

بشكل موضوعي، وتوجيه المسترشد نحو القبول بنتائج هذه المقاييس أو إقناعه بها لإجراء اختياراته أو اتخاذ قراراته أو حل مشكلاته.

- إن طريقة السمات والعوامل محدودة وغير كافية.

بالرغم من الانتقادات الكثيرة التي توجه لنظرية السمات والعوامل إلا أن هذه الطريقة تصلح في إرشاد الطلاب وحل مشكلاتهم التي لا تحمل الطابع الانفعالي. وهي تمتاز بموضوعية البيانات وباستخدام الأسلوب في المؤسسات التعليمية والإقناع وتغير الاتجاهات والتأثير القيمي. وبالرغم من إنها تتعامل مع الجوانب العقلية للطالب وعدم استغراقها في المشاعر، فإنها أعطت اهتماماً كبيراً لمساعدة المسترشد على عدم الانزلاق في الشر والاتجاه نحو الخير وترسيخ القيم الفاضلة في المجتمع.

الفصل العاشر

الإرشاد (العلاج) المعرفي

Cognitive Counseling

- مدخل.
- المفاهيم الأساسية للنظرية.
- أهداف النظرية.
- مبادئ عملية الإرشاد (العلاج) المعرفي.
- عملية الإرشاد المعرفي.
- معوقات الإرشاد (العلاج) المعرفي.
- النظرة للإضطراب النفسي.
- أهم تقنيات العلاج المعرفي.
- تقويم النظرية.

الفصل العاشر
الإرشاد (العلاج) المعرفي
Cognitive Counseling

أولاً: مدخل:

يعد آرون بيك (Beck) من أبرز رواد الإرشاد المعرفي، وقد حصل على درجة الدكتوراه في الطب عام 1946 من جامعة ييل (Yale) الأمريكية، وتم منحه شهادة الطب النفسي من الهيئة الأمريكية للطب النفسي والعصبي عام 1953 . وقد أسس بيك العلاج المعرفي كطبيب نفسي في جامعة بنسلفانيا، وعمل مع مرضى الاكتئاب ووجد أنهم يعانون من أفكار سلبية يبدو أنها تظهر تلقائياً وأطلق عليها مصطلح الأفكار الاتوماتيكية، واكتشف أن محتواها ينقسم إلى ثلاث فئات من الأفكار السلبية عن أنفسهم والعالم والمستقبل. وبدأ بمساعدة المرضى بتحديد وتقييم هذه الأفكار ووجد أنه بالقيام بذلك تمكن المرضى من التفكير بصورة أكثر واقعية مما دفعهم إلى الشعور بعاطفة أفضل والتصرف بفاعلية أكبر .

لقد بحث "بيك" وزملاؤه فعالية هذا الشكل من العلاج النفسي في معالجة طائفة واسعة من الاضطرابات منها: الاكتئاب، والاضطراب الوجداني الثنائي القطب، واضطرابات الأكل، وتعاطي المخدرات، واضطرابات القلق واضطرابات الشخصية والفصام وكثير من المشاكل الطبية التي تحوي مكونات نفسية.

يقوم الإرشاد المعرفي على حقيقة مؤداها أن لكل فرد منا أفكار وتوقعات ومعاني وافتراضات عن الذات وعن الآخرين وعن العالم المحيط به، وهي التي توجه سلوكه وتحدد انفعالاته وتشكل في جملتها الفلسفة الأساسية للفرد في الحياة. وأن المشكلات والصعوبات النفسية (قلق – اكتئاب) في الحياة تحدث عندما تكون هذه الأفكار والاعتقادات والافتراضات لديه ذات طبيعة سلبية وخاطئة. ومن هنا يسعى المرشد المعرفي إلى مساعدة المريض على أن يصبح أكثر وعياً بأنماط التفكير

التلقائية السلبية والخاطئة لديه، ويوجه خاص فهو يساعد المريض في التعرف على أفكاره السلبية وتغييرها واستبدالها بأفكار واعتقادات أكثر منطقية وتوافقية. ويعرف الإرشاد المعرفي بأنه إرشاد مباشر تستخدم فيه فنيات معرفية لمساعدة المريض في تصحيح أفكاره السلبية ومعتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي وتحويلها إلى معتقدات يصحبها ضبط انفعالي وسلوكي. ويرى حسين أنه يمكن تعريف (الإرشاد) العلاج المعرفي بأنه طريقة بنائية مركبة ومحددة الوقت ذات أثر توجيهي فعال يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية مثل القلق – الاكتئاب – المخاوف المرضية – مشكلات الألم (حسين، 2007، ص 157).

ويعد الإرشاد المعرفي منهجاً تفسيرياً علاجياً للاضطرابات الانفعالية يقوم على فكرة أن التصورات والمعتقدات والأفكار السلبية تسهم في نشأة الاضطرابات الانفعالية النفسية. بمعنى أن الإنسان يضطرب انفعالياً وجسدياً ليس بسبب الأشياء والأحداث الخارجية في حد ذاتها، بل بسبب نظرته وتفسيره لها تفسيراً سلبياً. كما يعد الإرشاد المعرفي نموذجاً محدد البناء من حيث الوقت والأهداف فهو علاج قصير الزمن يستخدم بفعالية مشتركة بين المعالج والمريض، فالتشوهات المعرفية والأفكار السلبية التي تسيطر على مجمل تفكير المرء تسمى مخططات تتطور وتنمو من خلال الخبرات المبكرة في حياة الفرد. ويؤكد منحى العلاج المعرفي على أهمية العمليات المعرفية في تحديد وتشكيل السلوك الإنساني. فالمرشدون المعرفيون يجمعون على أن السلوك والانفعال هما إلى حد كبير نتاج تقييم المرء للأحداث والمواقف وللعالم ولذاته. وهذا التقييم يتأثر بمعتقداته وافتراضاته والصور المختلفة لديه، وهذه العمليات المعرفية وفقاً لهذا الاتجاه تصبح هي المستهدفة في العملية الإرشادية.

ويستخدم الإرشاد المعرفي بفعالية مع اضطرابات الهلع واضطرابات الشدة ما بعد الصدمة ومشكلات الزواج والقلق واضطرابات الشخصية وغيرها. كما أن الاكتئاب يمكن أن ينخفض بدرجة كبيرة في فترة زمنية قصيرة نسبياً دون تعاطي الأدوية الطبية باستخدام هذا المنحنى الإرشادي. حيث يعتبر الإرشاد المعرفي من بين

الإرشادات المعترف بها بشكل واسع كأحد الخيارات المطروحة لعلاج الاكتئاب الشديد. وقد انتهت دراسات عديدة إلى أنه فعال مثله مثل الأدوية بالنسبة لمعظم المرضى بل أنه يتفوق على الأدوية في منع الانتكاس. وبالرغم من ذلك لا يستجيب كل المرضى المكتئبين للعلاج المعرفي، فمن المعروف أن المرضى باضطرابات الشخصية على وجه الخصوص ذوي استجابة ضعيفة لكل صور العلاج بما فيها الأدوية، ويبدو هؤلاء المرضى غالباً متشبثين بالسلوكيات والمعتقدات غير الفعالة (المختلفة) حتى عندما تكون تبعات هذه السلوكيات واضحة لهم. (يوسف، 2006، ص529).

يرفض الإرشاد المعرفي ما تنادي به مدرسة التحليل النفسي من أن اللاشعور هو مصدر الاضطراب النفسي، وكذلك ما تنادى به المدرسة السلوكية بما تعطيه للسلوك من أهمية. ويقوم الإرشاد المعرفي على الفكرة القائلة بأن ما يفكر به الناس وما يقولونه حول أنفسهم وكذلك اتجاهاتهم وآرائهم ومثلهم إنما هي أمور هامة وذات صلة وثيقة بسلوكهم الصحيح والمريض. وفي أثناء رحلة الحياة يكتسب الناس مخزونا كبيرا من المعلومات والمفاهيم للتعامل مع المشكلات النفسية التي تصادفهم في حياتهم، ويتعلم الناس من خلال إرثهم الثقافي ومن خلال التعليم أن يستخدموا الحس العام وان يصوغوا الفروض ويختبرونها.

ويساعد الإرشاد المعرفي المرضى على أن يستخدموا طرق حل المشكلات التي يستخدمونها خلال الفترات العادية من حياتهم، حيث يرى بيك: أن وصفات العلاج يمكن أن توضع في صورة بسيطة، فالمعالج يساعد المريض على التعرف على تفكيره الشخصي، وان يتعلم طرقا أكثر واقعية لحياته. وأن ردود الفعل الانفعالية ليست استجابات مباشرة ولا تلقائية بالنسبة للمثير الخارجي، وإنما يجري تحليل المثيرات وتفسيرها من خلال النظام المعرفي العقلي الداخلي، وقد ينتج عن عدم الاتفاق بين النظام الداخلي والمثيرات الخارجية وجود الاضطرابات النفسية. (شبلي، 1996، ص44).

ثانياً: المفاهيم الأساسية للنظرية:

إن الإرشاد المعرفي هو أحد الأساليب الحديثة في الإرشاد النفسي، وأفكاره مستقاة من علم النفس المعرفي، وكلمة معرفي هي نسبة إلى كلمة معرفة أو إدراك، والمقصود بكلمة معرفة أو إدراك في هذا السياق إنما تعني عدداً من العمليات الذهنية التي يتمكن بها المرء من معرفة أو إدراك العالم الخارجي، وأيضا الداخلي له. فهذا النوع من الإرشاد يعتبر الخلل في جزء من العملية المعرفية – وهي الأفكار والتصورات عن النفس والآخرين والحياة – مسؤولاً في المقام الأول عن نشأة الأمراض النفسية.

لقد اهتم "بيك" بمجال التحليل النفسي، ولكنه لم يكن راضيا عن التعقيدات الكثيرة لهذه المدرسة، كما جذبه العلاج السلوكي حيث درس هذا العلاج ومارسه، وقد شعر أن للأساليب السلوكية فاعلية لأنها تؤدي إلى تغيرات معرفية في المرضى. ولكن تركيز العلاج السلوكي في الحصول على بيانات موضوعية من المرضى والتخطيط المنتظم لعملية العلاج كانت كلها ذات أهمية لبيك في تطوير العلاج المعرفي. فقد شعر بيك أن النموذج المعرفي يقدم تفسيرا أبسط وأقرب لمشكلات المرضى عما تفعله نظرية التحليل النفسي أو نظرية العلاج السلوكي. (الشرقاوي، 1992، ص 22). ومع ذلك فإن هذه النظرية ترفض التحليل النفسي الذي يعتبر اللاشعور المصدر الوحيد للاضطراب الانفعالي، والعلاج السلوكي الذي يهتم فقط بالسلوك الظاهري، كما ترفض هذه النظرية الأسلوب الطبي العصبي الذي يعتبر الاضطرابات البدنية والكيميائية السبب في الاضطرابات الانفعالية. "فالعلاج المعرفي مبني على فكرة عقلانية تعني ما يفكر فيه الناس أو ما يقولونه عن أنفسهم وعن اتجاهاتهم وتصوراتهم ومثلهم مفيد وهام".(باترسون، 1990، ص 28).

يؤكد المرشدون المعرفيون بصفة عامة على السلوكيات والأفكار الحاضرة والمعالجة الفورية للمعلومات. وبالرغم من ذلك يحاول الإرشاد عدم إغفال مبادئ المريض وقيمه التي تهيئ للاكتئاب والقلق والغضب. ومن المهم أن يتعرف المعالج

بأن لدى كل فرد قواعده وافتراضاته الخاصة به. وإن المعالج المعرفي الخبير المتمرس لن يقترب من أي مريض بنفس الذخيرة من الحيل، فالمعالج يحاول تطوير تصور عن الحالة آخذاً بعين الاعتبار مخططات المريض المعرفية الذاتية وأساليب المواجهة (التوافق) مع الواقع التفاعلي. (يوسف، 2006، ص 300).

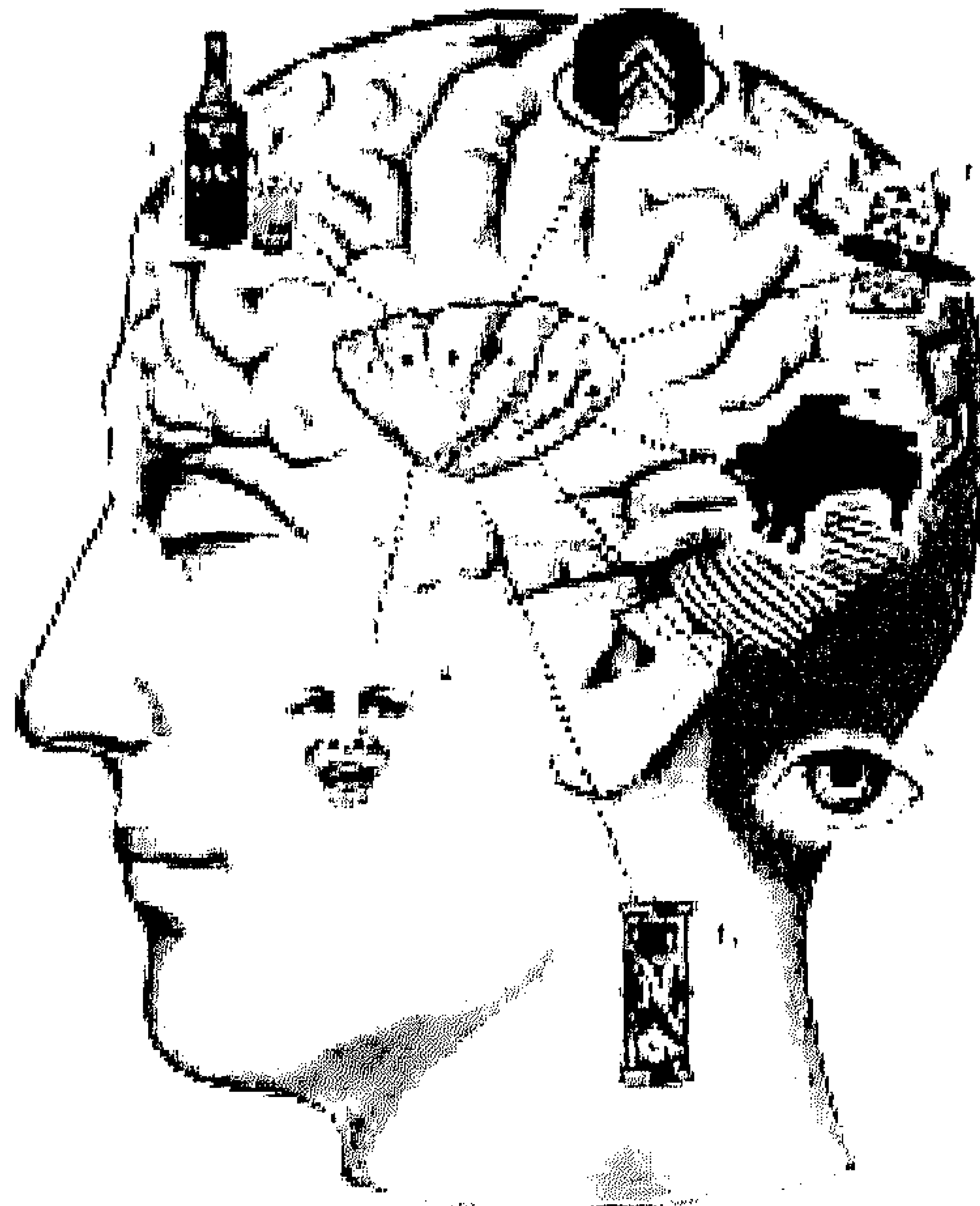
يمكن تحديد أهم الافتراضات الأساسية التي يستند عليها الإرشاد المعرفي بما يلي:

1. الاضطرابات الانفعالية هي نتاج نماذج وأساليب تفكير خاطئة ومختلة وظيفياً، أي أن الأفكار والاعتقادات لدى الفرد هي المسؤول الأول عن حدوث انفعالاته وسلوكه.
2. هناك علاقة تبادلية بين الأفكار والمشاعر والسلوك، فهي تتفاعل مع بعضها بعضا، ولهذا فالعلاج يشمل التعامل مع المكونات الثلاثة معاً.
3. أن المعارف السلبية الخاطئة وأنماط التشويه المعرفي متعلمة يتعلمها الفرد من الخبرات السابقة وأحداث الماضي.
4. أن الأبنية المعرفية للفرد (الأفكار والصور العقلية والتخيلات والتوقعات والمعاني) ذات علاقة وثيقة بالانفعالات والسلوكيات المختلة وظيفياً.
5. أن المعارف المختلة وظيفياً قد تبدو غير منطقية للآخرين، ولكنها تعبر عن وجهات نظر العميل الشخصية عن الواقع.
6. التحريفات المعرفية تعكس وجهات نظر غير واقعية وسلبية للعميل عن الذات والعالم والمستقبل.
7. تعديل الأبنية المعرفية للعميل يشكل أسلوباً هاماً لإحداث تغيير في انفعالاته وسلوكه.
8. التحريفات المعرفية يتم استثارتها غالباً عن طريق أحداث الحياة غير الملائمة بالإضافة إلى أنه قد تم الإبقاء عليها عن طريق الإدراك الثابت للقواعد والمخططات.
9. المخططات المعرفية هي الأساس المسؤول عن انتظام وتصنيف وتقييم الخبرات الجديدة للفرد وذكريات الأحداث الماضية والحكم عليها.

10. إن المخططات غالباً ما تنمو مبكراً في الحياة ويتم تشكيلها عن طريق الخبرات الملائمة.
11. إن المخططات المعرفية المختلة وظيفياً هي المسؤولة عن الاضطرابات الانفعالية للفرد.
12. إن تغيير الأفكار والاعتقادات السلبية للفرد يترتب عليها تغيرات جوهرية في الانفعالات والسلوك. (حسين، 007، ص 164)

ثالثاً: أهداف النظرية:

يرى بيك أن الهدف من الإرشاد المعرفي هو تصحيح نمط التفكير لدى المسترشد أو المريض بحيث تصحح صورة الواقع في نظره ويصبح التفكير منطقياً، ويركز الإرشاد المعرفي على حل المشكلات (شبلي، 1996، ص 70). ويرى باترسون أن هذا العلاج يركز على مساعدة المريض على التخلص من البقع المظلمة، ومن الإدراك العشوائي، ومن خداع الذات، ومن الأحكام غير الصحيحة. ولما كانت ردود الأفعال الانفعالية التي تؤدي بالمريض إلى طلب العلاج نتيجة للتفكير الخاطئ، فإنه يمكن تهدئتها بتصحيح التفكير.(باترسون، 1990، ص 36).



ونحاول توضيح ما تقدم من خلال تحديد أهداف الإرشاد المعرفي في أهم ما يلي:

- التعرف على الأفكار المختلة وظيفياً والمرتبطة بمشكلة المريض.
- مساعدة المرضى على تغيير المخططات الكامنة والمختلة وظيفياً لديهم.
- التعرف على العلاقة بين المعارف والانفعالات والسلوكيات وفحص الدليل مع أو ضد الاعتقادات والأفكار التلقائية السلبية لدى المريض.
- تشجيع المريض على مقاومة ودحض الأفكار والاعتقادات الخاطئة وتكوين اعتقادات وأفكار أكثر فاعلية ومنطقية.
- مساعدة المريض على إدراك ورؤية الحياة والمشكلات لديه من منظور واقعي والمساهمة في حلها.
- تشجيع المريض على التفكير المنطقي والدقيق والصحيح واستبدال الينبغيات لدى الفرد بالتفضيلات وتكوين فلسفة سوية في الحياة.
- مساعدة المرضى على استكشاف أنماط الاعتقادات الكامنة لديهم والتي تؤدي إلى التفكير السلبي وغير السوي، ومن ثم يتيح للمرضى استكشاف أفكارهم واستبدالها بأفكار مفيدة وواقعية لكي يمكنهم من إدارة الانفعالات لديهم بفاعلية.
- مساعدة المرضى على إزالة الأفكار السلبية التي تسبب لهم الصعوبات واستبدالها بأفكار واعتقادات واقعية ومنطقية تساعدهم على التحكم بانفعالاتهم وسلوكياتهم.
- مساعدة المرضى على إدراك أفكارهم الأتوماتيكية ومخططاتهم واستنتاج الأخطاء لديهم، ثم تطوير طرق جديدة للتفكير واختبارها والحكم عليها، ثم استخدامها عملياً بهدف تقليل التوترات وتعلم مهارات مناسبة للعملية المعرفية.
- التعامل مع عملية تحريف الواقع والتي تبدو لدى مرضى البارانويا في صورة هذاءات وكذلك في بعض الأمراض الأخرى.

- التعامل مع التفكير غير المنطقي: فقد لا يكون هناك تشويش للواقع وإنما يكون التفكير نفسه قائما على أساس افتراضات خاطئة ومشتملا على استنتاجات خاطئة أو الوصول إلى استنتاجات خاطئة من المشاهدات أو حدوث زيادة في التعميمات.
- تصحيح التفكير لدى المسترشد أو المريض بحيث تصحح صورة الواقع في نظره ويصبح التفكير منطقيا.
- تحديد وتعديل تحريفات وتحيزات التفكير لدى المريض وكذلك تحديد وتعديل الخط المعرفي الخاص لدى المريض.
- تعليم المرضى أن يتعرفوا على أفكارهم الخاطئة وتحديدها والتي ترتبط بانفعالات مؤلمة وبالسلوك المضطرب لديهم.
- تعليم المرضى تصحيح ما لديهم من أفكار واعتقادات خاطئة وتحريفات معرفية.
- تدريب المرضى على الفنيات المعرفية لمقاومة أفكارهم واعتقاداتهم الخاطئة.
- تحديد المواقف والأحداث والخبرات التي تقلق المسترشد.
- مساعدة المسترشد على اكتشاف الأفكار والمعتقدات الكامنة التي تشكل الاستجابة الداخلية لهذه الأحداث والتي تؤدي إلى انفعالات سالبة.



ولتحقيق الأهداف الإرشادية (العلاجية) المذكورة أعلاه لابد من الاهتمام بما يلي:

- توضيح للمتعالج ما الشيء الذي بإمكانه توقعه من العلاج ومن ثم تحديد استمراره في متابعة العلاج.
- تأكيد إمكانية التغيير وهذا ما يجعل المتعالج يركز على ما يمكن التوصل إليه في المستقبل بدلاً من التركيز على أعراض المشكلة، وبالتالي يدعم فكرة أن المتعالج عضو فعّال في العلاقة العلاجية وأن التزامه ضروري.
- بناء خطة العلاج ابتداء بتهيئة المتعالج للعلاج المعرفي، مروراً بالمشكلة الأساسية له وانتهاء بتحقيق الأهداف العلاجية المتفق عليها من قبل الطرفين، أو من عدم إمكانية تحقيقها، وهذا ما يجعل هذه الأهداف قابلة للتفاوض خلال العملية العلاجية، ومركزة على ما يستطيع المتعالج فعله وليس على ما لا يستطيع.
- توافر الفرصة لتقويم النتائج المرتبطة مباشرة بمشكلة المتعالج .(الجميعة، 2002، ص50)

رابعاً: مبادئ عملية الإرشاد المعرفي:

تستند عملية الإرشاد المعرفي على مجموعة من المبادئ أهمها:

1) المشاركة العلاجية:

حيث يعد التعاون بين المعالج والمتعالج مكوناً أساسياً في العلاج (الإرشاد) المعرفي لأن التخبط في تحديد الأهداف العلاجية يحبط المعالج من جهة ويجهد المتعالج من جهة أخرى. لذلك يكون من المهم الفهم المشترك للعلاقة العلاجية بينهما كأن يعمل الطرفان كفريق. ويتعين على كل من المعالج والمتعالج أن يصلا إلى اتفاق في الرأي بصدد ماهية المشاكل التي تتطلب المساعدة وما هو هدف العلاج المعرفي؟ وكيف يصلان لهذا الهدف والمدة الزمنية لبلوغه؟. حيث أثبتت الدراسات وجود تفاوت بين توقعات المريض ونوعية العلاج الذي يتلقاه بالفعل، وهذا يؤثر

تأثيراً عكسياً في النتائج. فمن المفيد اعتبار العلاقة بين المعالج والمتعالج جهداً مشتركاً، فليست مهمة المعالج إصلاح المريض بل يحاول أن يتحالف معه ضد مشكلته. كما أن تركيز الاهتمام على حل مشكلات المريض لا على عيوبه الشخصية المفترضة أو عاداته السيئة يساعده على أن يتخلص من مصاعبه بموضوعية أكثر ويذهب عنه مشاعر الخجل والدونية. وهذا يستدعي أن يتصف المعالج بخصائص كالتقبل والدفء والتفهم.(بيك، 2000، ص 232).

2) بناء الثقة:

يتطلب بناء الثقة تجنب الطرائق التسلطية التي تقود من جهة إلى تقبل أعمى من جانب بعض المتعالجين للتفسيرات والافتراضات، ومن جهة أخرى تقود للمقارنة والرفض لدى بعض المتعالجين. والأسلوب الأكثر ملاءمة لبناء الثقة هو أن ينقل المعالج إلى المريض رسالة مثل: "إن لديك أفكاراً معينة هي التي تحزنك أو تؤلمك، وقد تكون صحيحة أو خاطئة، فدعنا نفحصها". (باترسون، 1990، ص 37). وإن أفضل أسلوب لبناء الثقة هو اتخاذ موقف محايد مما يشجع المريض على أن يعبر على أفكاره المشوهة ليبدأ بعد ذلك وباحتراس أسلوب المحاولة والخطأ. (بيك، 2000، ص 34)

3) تخفيف المشكلات:

ينطوي تخفيف المشكلات على ثلاث خطوات:

- التعرف على المشكلات ذات الأسباب المتشابهة وتجميعها معاً ليستطيع المعالج اختيار التقنيات المناسبة لكل مجموعة من المشكلات.
- التركيز على العناصر التي تشكل المفتاح للاضطراب. فعندما يتركز العلاج لدى المكتئبين مثلاً على عناصر مثل نقص الاعتبار والتوقعات السلبية يمكنه أن يؤدي إلى تحسن في المزاج وفي السلوك الظاهر وفي الشهية ونمط النوم لدى المتعالج.

- تحديد الحلقة الأولى من سلسلة الأعراض والتأكيد عليها. لأنها قد تكون مشكلة صغيرة في حد ذاتها تمخضت عنها نتائج مثل الإصابة بعجز يعوق عن العمل أو فقدان الأهلية. (باترسون، 1990، ص 37)

4) تعلم أن تتعلم:

ليس من الضروري أن يُساعد المعالج المتعالج على أن يحل كل مشكلة تزعجه، وليس من الضروري أن يتوقع المعالج كل المشكلات التي يمكن أن تحدث بعد انتهاء العلاج ويحاول أن يحلها مقدماً، لأنه بالمشاركة العلاجية يمكن أن يساعد المتعالج على استنباط طرائق جديدة ليتعلم من خبراته وسائل جديدة لحل مشكلاته، بمعنى أن المتعالج يتعلم كيف يتعلم. (بيك، 2000، ص 235). حيث ترتكز العملية العلاجية عند بيك على المعرفيات اللفظية أو التصورية للمتعالج وعلى الافتراضات أو أنماط الاتجاهات التي تقوم عليها هذه المعرفيات. وفي الخطوة الأولى من العلاج يتم توضيح مفهوم العلاج المعرفي للمتعالج وفي خطوة ثانية يتم من خلال الإرشادات المنهجية والتمارين إبراز المعرفيات الإشكالية للمتعالج مثل التشويهات المعرفية وأنماط التفكير غير المتناسبة مع الواقع والهدف.... الخ. وهنا يفترض أن تصبح المعرفيات التي تجري تلقائياً (الأفكار التلقائية) مدركة من قبل المتعالج.

خامساً: عملية الإرشاد المعرفي:

تتم عملية الإرشاد وفق العلاج المعرفي حسب الخطوات التالية:

1. الخطوة الأولى من العلاج يتم فيها توضيح منطق العلاج المعرفي للمريض.
2. الخطوة الثانية يتم فيها استخدام الإرشادات المنهجية مع التمارين وإبراز الاستعرافات الإشكالية مثل التشوهات الإدراكية وأنماط التفكير غير المناسبة مع الواقع، والهدف هنا يفترض مبدئياً أن تصبح الاستعرافات التي تجري بشكل آلي مدركة بالنسبة للمريض.
3. وفي الخطوة الثالثة يتم إخضاع المعرفيات الإشكالية إلى تحليل.

ويميز بيك ثلاثة أنواع من التحليل:

أ. التحليل المنطقي: يتم فيه اختبار المعرفيات استناداً إلى الأخطاء المنطقية كفرط التعميم والعواقب العشوائية والتجريدات الانتقائية..

ب. التحليل الامبيريقي: يهتم بتطابق الفرضيات الضمنية للمريض مع المعطيات الواقعية.

ج. التحليل الذرائعي: تتم فيه دراسة ماهية العواقب العملية التي تمتلكها فرضيات وقناعات محددة للمريض. وعلى أساس من هذا التحليل ينجز المعالج والمريض معاً تقييمات ومواقف جديدة تمارس بعد ذلك في مجالات تعليمية مختارة. (غراوه وآخرون، 1999، ص 193 – 194).

وقد طور بيك طريقته في البداية للمكتئبين بشكل خاص، ومن هنا اعتبرت طريقته لفترة زمنية طويلة على أنها علاج خاص بالاكتئاب، إلا أن بيك سرعان ما طبق مبادءه العلاجية أيضا على المخاوف واضطرابات أخرى. (رضوان، 1999، ص 193 – 194)

وقد ميز "بيك" بين مستويين من المعرفيات المختلة وظيفياً:

1) الأفكار الأتوماتيكية:

وتتميز هذه الأفكار عن المجرى العادي للأفكار ببعض الخصائص ويغلب أن تكون هذه الأفكار سريعة وعند حافة الوعي وتسبق غالباً بعض الوجدان مثل الغضب أو الحزن أو القلق، ويتسق مضمونها مع هذا الوجدان، وهي أفكار معقولة تماماً بالنسبة للمريض ويسلم بأن هذه الأفكار الأوتوماتيكية أو الآلية تيار من الأفكار والمعتقدات التي توجد لدى الأفراد من لحظة لأخرى وتظهر في مواقف محددة. وتشير كلمة أوتوماتيكي إلى الطبيعة التلقائية لهذه الأفكار. وقد لاحظ المعالجون المعرفيون أنه من الشائع أن يتقبلها الأفراد كأمر مسلم به بدلاً من التساؤل عن مدى صحتها، وقد يحاول الشخص حبسها ولكنها تلح في الظهور.

والأفكار الأتوماتيكية هي المعرفيات التي تخطر في البال عندما يكون الشخص في حالة ما (أو يتذكر حدثاً ما) ولا تكون هذه الأفكار التلقائية عادة عرضة للتحليل العقلاني وغالباً ما تركز على منطق خاطئ بالرغم من أن الفرد قد يكون مدركاً بشكل دون الوعي لهذه المعرفيات. وإن هذه الأفكار التلقائية يمكن الوصول إليها من خلال أساليب الاستجواب المستخدمة في العلاج المعرفي.

وقد أطلقت تسمية الأخطاء المعرفية على الأنماط المختلفة من المنطق الخاطئ في التفكير التلقائي. وقد وصفها بيك بعدد من الخصائص المشتركة: فهي واضحة متميزة بصفة عامة وبعيد عن الغموض والهلامية ليس فيها تسلسل منطقي وتحدث تلقائياً كما لو كانت انعكاسية وتنشأ دون جهد من جانب المريض بل إنه يصعب إيقافها في الحالات المرضية الشديدة. وبالاستناد إلى هذه الطبيعة غير الإرادية للأفكار الأتوماتيكية يمكن تسميتها كذلك بالأفكار المستقلة. وتبدو لصاحبها مقبولة ومعقولة ويسلم بصحتها دون ارتياب ودون اختبار لواقعيتها ومنطقيتها، وتتميز بأنها تنطوي على موضوع، ويتسم محتوى الأفكار التلقائية بالخصوصية الفردية ولاسيما الأفكار الأكثر تكرار أو قوة.

2) المخططات / المعتقدات:

هي بناءات معرفية افتراضية عميقة تقود وتنظم عملية معالجة المعلومات من المحيط وفهم التجارب الحياتية، ويعتقد أنها تسبب مختلف التشوهات التي تصيب مزاج المكتئبين، فالمكتئب يحتفظ بالمواقف المسببة للألم أو الفشل رغم الدليل الموضوعي على وجود عوامل إيجابية في حياته. كما يميل الشخص بشكل انتقائي إلى مثيرات محددة فيجمعها في نموذج مكوناً بُعداً مفهومياً حول الحادثة، ورغم أن الأشخاص المختلفون يكونون مفاهيم مختلفة وبطرق مختلفة للحالة الواحدة إلا أن الشخص الواحد يميل إلى الثبات في استجاباته نحو الأشكال المتشابهة للأحداث. وبشكل نسبي تشكل الأنماط المعرفية الثابتة أساس انتظام مجموعة معينة من

الحالات ومن أمثلة المخططات لدى الشخص المكتئب: (كوني غير ناجح في عملي يعني أنني فاشل تماماً).

ويمكن الاستدلال على هذه المخططات من السلوك أو من الأفكار التلقائية، حين يتم تطور هذه البناءات المنظمة عبر تجارب الطفولة المبكرة والتأثرات التقويمية المكونة الناتجة عن ذلك، إنها تراكم لتجارب المرء وتعلمه ضمن مجال الأسرة أو المجتمع.

ويعتمد مدى تأثير المخططات في الفرد على:

- درجة ثبات هذه المخططات.
- مدى ما يراه الفرد أساسياً لأمانته وسعادته ووجوده.
- ما تعلمه سابقاً في مواجهة مخططاته.
- البداية المبكرة التي انبثقت فيها المخططات واندمجت في الذات.
- قوة تعزيزها ومن قبل من.
- هناك نوعان من المخططات سلبية (غير تكيفية) وإيجابية (تكيفية)، وما يمكن أن يكون مخططاً تكيفياً في وضع ما ربما يكون غير تكيفي في حالة أخرى.
- في وصف المخططات يضع بيك خمسة أنواع من المخططات:

1. المفاهيم المعرفية: حيث تزود بطرق للتخزين والتفسير وصوغ المعاني عن عالمنا، وإن جوهر المعتقدات هي مخططات المفاهيم المعرفية.
2. المخططات الفعّالة: تتضمن الشعور الإيجابي والشعور السلبي.
3. المخططات الفيزيولوجية: مثل رد فعل الهلع (الرعب).
4. المخططات السلوكية: الأعمال التي نقوم بها مثال: الجري عندما نخاف.
5. المخططات الدافعية (المحفزة): وهي مرتبطة بالمخططات السلوكية مثال: الرغبة لتجنب الألم – للأكل – للدراسة – للعب.

هذه المخططات يمكن أن تكون تكيفية ويمكن أن تكون غير تكيفية. (Beck , 363 , 1999)

سادساً: معوقات العلاج المعرفي:

توجد بعض المواقف التي تعيق عملية العلاج المعرفي، وأبرزها الآتي:

1) المريض الذي لا يفكر:

يصر بعض المرضى على أنه ليس هناك أي فكرة تدور في عقولهم عندما يشعرون بالقلق أو الاكتئاب فربما يقولون أنهم يشعرون بالسوء في الصباح بمجرد أن يفتحوا أعينهم وقبل التفكير في أي شيء، والمشكلة في هذه الحالات هي سوء الفهم لمعنى الفكرة الأتوماتيكية والتي يخلط المريض بينها وبين التفكير المتكرر الشعوري بشأن موضوع معين، ومن ثم ينبغي على المعالج أن يشرح الفرق مع إعطاء أمثلة للتوضيح.

2) المريض الذي لا يشعر:

استجابات انفعالية ملائمة في البداية وبالتالي يجب التأكد حيث يميل بعض المرضى إلى فلسفة مشكلاتهم ومن ثم يصبح هؤلاء ماهرون في وصف ردود أفعالهم بالتفصيل ولكن بدون أخذ مشاعرهم في الاعتبار أو مشاعر الآخرين ويجب حينئذٍ أن يقاطع المريض ويسأله ماذا كان شعورك في ذلك الوقت؟ فإذا لم يستطع المريض الوصول إلى مشاعره المؤلمة فلن يكون قادراً هو والمعالج على تحديد الأفكار التلقائية السلبية فالعلاج المعرفي لا يمكن أن يحدث دون تحديد من أن المريض يدون انفعالاته في العمود المصمم لذلك في سجل الأفكار المختلة وظيفياً وأن يتدرب على الحديث عن مشاعره أثناء جلسات العلاج المعرفي.

3) المريض الذي يخاف على أسراره ويشفى من جلسة علاج واحدة:

نجد أحياناً بعض المرضى يأخذون جلسة علاج واحدة وربما يأتون بعد شهور عديدة من الاكتئاب أو القلق ويعودون قائلين هذا العلاج نجح حقاً، فلقد كنت جيداً طوال الأسبوع ولا أحتاج للعودة إلى هنا مرة أخرى، وهؤلاء المرضى يخافون من الاقتراب من خصوصيتهم أو ربما يشعرون بالخزي من الحاجة إلى المساعدة، وليس من المفضل أن يتم تحدي المريض في هذه اللحظة وإظهار عدم تصديقه والأفضل هو أجندة تشمل مراجعة للوقت منذ آخر جلسة ومراجعة لمشكلات الأصلية.

4) المريض الذي يمتنع عن التوقف عن الحضور من أجل العلاج:

الشخص المعتمد اجتماعياً ربما يصبح معتمداً على المعالج ويجد من الصعب إنهاء العلاج ويمكن للمعالج المعرفي تجنب هذه المشكلة العامة الشائعة في العلاج النفسي من خلال الالتزام بهيكل العلاج المعرفي وأسسه كما يلي:

- يوضح في بداية العلاج أن العلاج المعرفي هو قصير الأمد ويهدف إلى تعليم أساليب توافق يمكن للمريض أن يستخدمها بنفسه.
- لأن هناك مراجعة للتقدم في العلاج فيمكن للمريض أن يتذكر أهداف العلاج ويدرك ما تم إنجازه وما بقي.
- يتم تكريس الجلسة الأخيرة لمراجعة فترة العلاج كلها وتعلم أساليب المواجهة مع المشكلات المحتملة، وأخيراً تتم جدولة جلسات المتابعة على فترات طويلة من الوقت حتى يحدث إنهاء تدريجي للعلاج.

5) المريض الذي لا يقوم بالواجب المنزلي:

إن الواجب المنزلي هو جزء أساسي من العلاج المعرفي وغالباً ما يشتمل على عمل كتابي مثل تدوين الأفكار التلقائية، فبعض المرضى غير معتادين على الكتابة ويشعرون بالخجل وبعضهم الآخر يعتقد أن أفكاره سخيفة ولا تستحق الكتابة وهنا

ينبغي على المعالج أن يحدد أسباب عدم أداء الواجب بلطف ولا يتعامل كالمعلم في المدرسة ثم يتم تحديد الأفكار الأتوماتيكية بالطريقة المعتادة وتصحيحها.

6) الجمع بين العلاج المعرفي والعلاج بالعقاقير:

إن الجمع بين العلاج المعرفي والعلاج بالعقاقير ربما يسبب مشاكل ليس فقط للمريض بل أيضاً للمعالج، فقد يصبح المريض والمعالج أقل دافعية نحو العلاج وربما يشعر المريض أن حالته سيئة لذلك تحتاج إلى نوعين من العلاج. وقد يشعر المعالج أن كفاءته محل شك إذا تم الجمع بين العلاجين ولهذا فإن الفهم الجيد لمرضى القلق والاكتئاب سوف يساعد المعالج في الوصول إلى شروط لاستخدام العلاج بالعقاقير ومن ثم شرح ذلك للمريض.(حسين، 007، ص 365 – 367).

سابعاً: النظرة للاضطراب النفسي:

يقوم الإرشاد المعرفي على العلاقة الوثيقة بين المعرفيات والانفعال، أي أن الاستجابات الانفعالية تعتمد إلى حد كبير على التقييم المعرفي لأهمية الأحداث المحيطية. فالاضطراب يحدث عندما يحاول الشخص تفسير الأحداث التي تواجهه ويعيد صياغتها وفق معتقداته وأساليب تفكيره وإدراكه للموقف والحدث الذي يواجهه، ويشعر الشخص بالحزن عندما يدرك الموقف ويفسره على أنه ينطوي على خسارة أو هزيمة أو حرمان. فالحزن مثلاً يكون إدراك حدث ما بطريقة سلبية كالفقد، ويكون القلق عندما تتركز أفكار الشخص وتقييماته على وجود خطر أو تهديدات على ذات الشخص أو على أشخاص يحبهم. وإن هذه الادراكات الخاطئة للواقع ليست هي الواقع نفسه لأنها محدودة بحدود الوظائف الحسية: البصر والسمع والشم للأشخاص كما أن تأويلاته للمدخل الحسي متوقفة على عمليات معرفية مثل دمج المثيرات وتمييزها وهي عمليات عرضة بدورها للخطأ. إذ أن هذه التقييمات للواقع قد يعتريها الخطأ من جراء بعض الأنماط الفكرية المختلة وظيفياً (المشوهة) ولا يستطيع المتعالج أن يدرك تأثيرها في سلوكه وشعوره ومدى

استمتاعه بخبراته. (السقا، 2005، ص 89). إن الاستجابة العصابية الحادة يطلق عليها رد فعل المحنة، حيث يكون الفرد مثقلا بالقلق أو الحزن أو الهياج وعليه أن يناضل للمحافظة على ضبط التركيز والانتباه. ومن الناحية المعرفية فإن استجابة العصاب تتصف بالوعي المكثف للذات والتفسير الخاطئ للمشيرات غير الضارة على أنها تمثل خطرا كبيراً، وكذلك الانتباه للأفكار والمشاعر غير المناسبة.

يشير "بيك" إلى أن الاضطراب الانفعالي لا يمكن فصله عن طريقة تفكير الفرد وإدراكه وتفسيره بل وتخيله، إذ أن لكل فرد منا توقعات تسبق مواجهته الأحداث والوقائع التي يتعرض لها، وغالباً تكون مرتبطة بتوقعات نحو الذات والآخرين ونحو المستقبل، وهذه التوقعات قد تكون ايجابية ومن ثم يصاحبها خبرات انفعالية سارة، وقد تكون هذه التوقعات ذات طبيعة سلبية وبالتالي ترتبط بالاضطرابات الانفعالية للفرد (حسين، 2008، ص129).

ونستعرض فيما يلي أمثلة نفسر من خلالها بعض الاضطرابات النفسية في نظرية بيك:

1) القلق:

استثارة عامة في الجهاز العصبي المركزي، وهي استثارة تأهب فطرية تعّود عليها الإنسان منذ القدم في مواجهاته مع قوى الطبيعة والأعداء والحيوانات. وعندما يستثار الفرد لفترة طويلة وينشغل بمستوى أدائه في الدراسة أو العمل أو غير ذلك ويفشل أو يتوقع الفشل، فإن القلق يحدث تلقائيا في مواجهة الأخطار غير الظاهرة. ولكن في بعض الأحيان تكون الخشية من الفشل أقوى من الفشل ذاته.

ويشير القلق إلى وجود فكرة معينة مشبعة بالمشاعر الخاصة بفشل الفرد في مجال مهم بالنسبة له، كما يشير إلى شعور بعدم الكفاءة نتيجة فشل أو احتمال فشل في مخططات الفرد، ويحدث ذلك بسبب مثالية الشخص أو تعدد الاختيارات

وخاصة في الاختيارات المهمة في حياة الفرد وعدم القدرة على الحسم أو الانشغال بأكثر من مجال هام في آن واحد مع عدم إنجاز نجاحات فيها. ويحدث القلق كذلك من عدم التطابق بين أفكار الشخص عن نفسه وما يسلكه بالضبط، أو أن طموحاته لا تناسب قدراته.

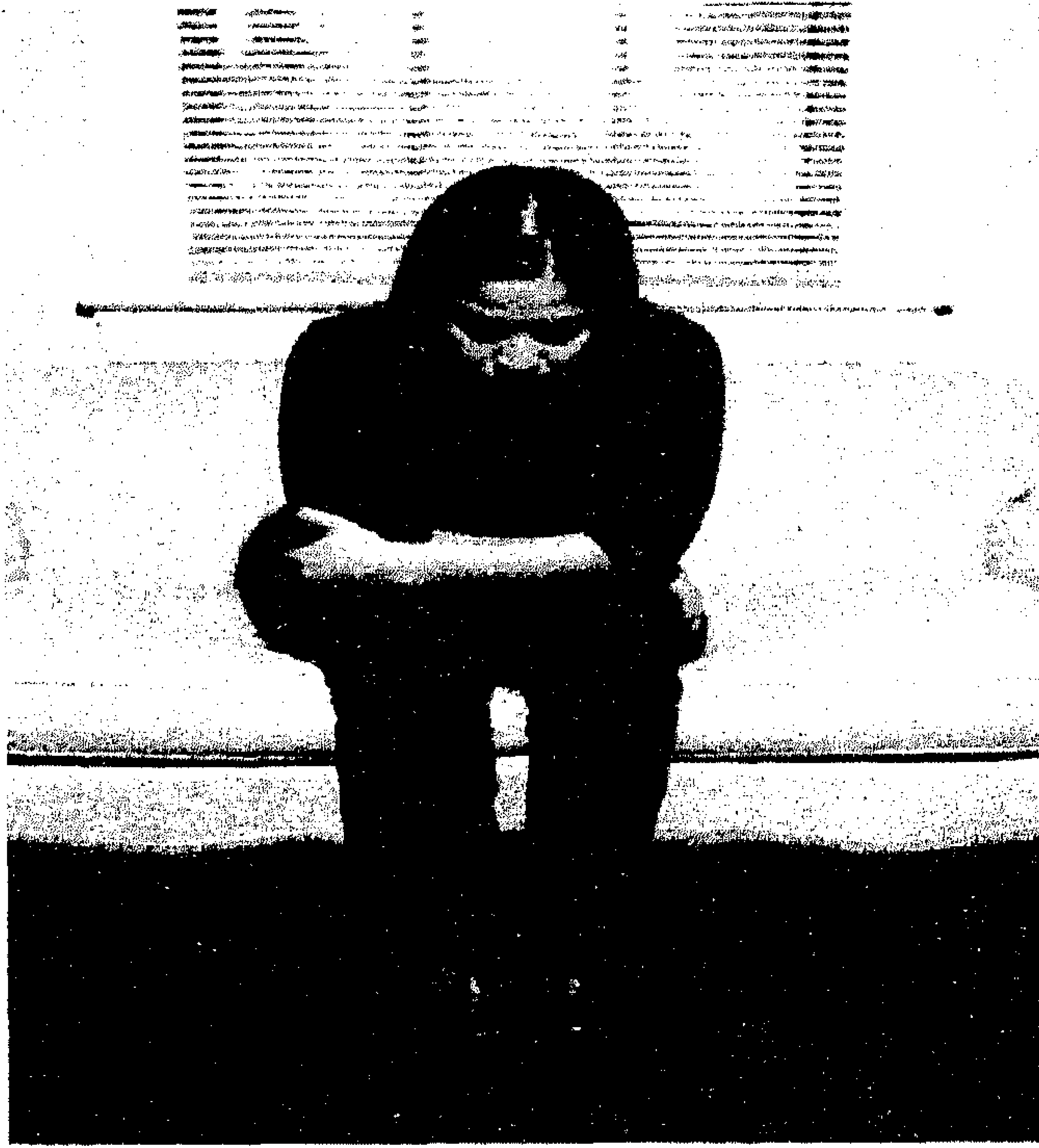
2) الاكتئاب:

يقدم المعرفيون وفي مقدمتهم بيك عدداً من المفاهيم المعرفية التي تفسر الاضطراب النفسي خاصة الاكتئاب ومنها:

1. التعميم السلبي الشديد: كل أفعالي وتصرفاتي خاطئة وحمقاء.
2. التوقعات الكوارثية: حيث يتجنب الفرد الدخول في المواقف المختلفة خوفا من أن يرتكب خطأ يراه على أنه كارثة له وأسرته وسمعته.
3. الكل أو اللاشئ: يتصرف الفرد باضطراب إذا كانت تصوراته للأمور قائمة إما على النجاح الكامل وإما الفشل الذريع.
4. إنكار الآخرين سلبيا للفرد الذي يتوقع سرية الآخرين أو ازدراءهم. وقبل الدخول في موقف التفاعل الاجتماعي سيكون من السهل عليه أن ينزلق في كثير من أنواع الاضطراب بما فيها العدوان مع القلق الاجتماعي.
5. التفكير القائم على الاستنتاجات الانفعالية: حيث أن الفرد الذي يقوم بتفسير سلوك الآخرين تفسيراً انفعاليا سيجد نفسه عاجزا عن التفاعل الاجتماعي الفعال.
6. تحميل الشخص نفسه مسؤوليات غير حقيقية عن الفشل: أي أن الفرد ينزع إلى أن ينسب فشل الآخرين إلى نفسه وذلك بشكل مبالغ فيه وهو أمر شائع عند المكتئبين.
7. النزعة إلى الكمال المطلق: رغم أن الكمال لله وحده، ومع ذلك ينزع بعض الأفراد نحو التفكير بطريقة شديدة المثالية ويطلبون الكمال المطلق في كل شئ.

8. ربط الاحترام الشخصي وتقدير الذات بعوامل خارجية بحتة وتأويل الأحداث الخارجية بما يتفق مع إحساسه بعدم تقدير الذات.
9. استخدام العبارات القاطعة: حيث يشاع في تفكير بعض حالات القلق والاكتئاب عبارات تدل على استخدام الحتميات كأسلوب من أساليب التفكير مما يؤدي إلى تحجيم سلوك الفرد الاجتماعي. (يوسف، 2001، ص 103 – 105).

إن تطور الاكتئاب لدى المريض يبدأ بخبرة تمثل فقدانا واقعيا أو فرضيا أو كاذبا. وفي كل الحالات يكون مبالغا فيه ويدركه الشخص على أنه دائم وغير قابل للارتداد، كما ينظر إليه على أنه انعكاس على الذات وعلى خصائصه وعلى قدراته مما يؤدي إلى مفهوم سالب للذات بأن الشخص خاسر وليس له قيمة، وقد يعزو الفرد سبب هذا الحادث المؤلم إلى عيوب في نفسه، كما يحكم على كل خبرة تالية حتى لو كانت بسيطة على أنها ترجع إلى نقص ذاتي. وتؤدي المقارنات التي يجريها الفرد لذاته مع الآخرين إلى تخفيض تقديره لذاته، وربما تكون النتيجة النهائية رفضا تاما من الفرد لذاته. وتؤدي هذه النظرة السالبة للذات إلى نظرة سالبة للمستقبل ويصبح التشاؤم طاغيا على نظرة الشخص للحياة ويؤدي اليأس إلى فقدان الدافعية، ولأنه يتوقع أن تكون النتيجة سلبية فإنه لا يبذل أي جهد، وتكون النتيجة النهائية لمثل هذا التشاؤم وجود أفكار وأماني ومحاولات انتحارية تبدو منطقية على أساس هذه المعطيات، أما المنطق الثاني للانتحار فهو الاعتقاد (في مفهوم الذات الخاطئ للمريض) أن بموته سيصبح الآخرون في حالة أحسن.



إن مفهوم الذات السالب، والتفسير السلبي للأحداث والخبرات، والنظرة المتشائمة للمستقبل تشكل المثلث المعرفي للاكتئاب. كما أن بعض مظاهر الاكتئاب مثل التراجع، والتعب، والامتعاض كلها نتائج سلبية للجوانب المعرفية السالبة، كما أن الأعراض البد نية الأخرى مثل فقدان الشهية والأرق وغيرها هي متلازمات بدنية للاضطراب النفسي في الاكتئاب.

أظهرت بعض الدارسات التقويمية أن العلاج المعرفي فعال ومؤثر مثله مثل العلاج الطبي في علاج الاكتئاب، بل قد ينفرد بميزات وقائية على المدى الطويل، ولقد تلقى النموذج المعرفي للاكتئاب أيضا دعما امبريقياً واسعاً.

أعد بيك النظرية العرفية كطريقة لفهم وعلاج الاكتئاب لكنه طبقها على عدد كبير من الاضطرابات النفسية، وأشار إلى أن المرضى المكتئبين لديهم نظرة سلبية عن الذات وعن العالم وعن مستقبلهم وهذه النظرات السلبية هي السبب الحقيقي وراء الاكتئاب لديهم.إن نموذج بيك المعرفي للاضطرابات النفسية

لم يكن قاصرا على فئة تشخصيه بعينها، والأكثر من ذلك النموذج المعرفي يفترض أن الحالات النفسية المختلفة تتميز بمخططات معرفية محددة، وبناء على ذلك فإن الاكتئاب يرتبط بالمخطط السلبي للفشل والضياع والفراغ، اما القلق فيتميز بالتهديد والتوجس مع الغضب.

لقد كان بيك في بدايات العلاج المعرفي في السبعينات من القرن العشرين حذرا في تعميم نموذجه على اضطرابات أخرى غير الاكتئاب بطريقة منتظمة عقلانية صارمة. واليوم فإن منحى العلاج المعرفي يتم تطبيقه بنجاح على عدد من اضطرابات الشخصية والصراع الزواجي وغيرها. (يوسف،2006، ص 27 – 28).

3) الرهاب (المخاوف المرضية):

في حال اضطراب الرهاب يكون توقع المريض للأذى الجسمي مع النفسي مقصورا على مواقف محددة. فإذا أمكنه تجنبها لم يعد لديه شعور بالخطر وربما أحس بالأمن مع الطمأنينة. أما إذا اضطرته الظروف إلى الدخول في هذه المواقف فإنه يعاني من نفس الأعراض الذاتية والفيزيولوجية الخاصة بمريض القلق العصابي. وكما فو الحال في الاضطرابات النفسية فإن الاستجابة للموقف المثير عند مريض الرهاب قد يعبر عنها في صورة لفظية خاصة أو في صورة تخيلات.

4) الوساوس القهرية:

يتعلق محتوى الوساوس بصفة عامة بخطر ما بعيد يظهر في هيئة شك اوحيطة، فمريض الوسواس قد يبقى في شك العمل الذي أداه ويعتبر التأكد منه ضروريا لتأمين سلامته (إطفاء فرن الغاز – قفل الباب...). وتتألف الطقوس القهرية من محاولات تهدئة الشكوك مع الوسواس عن طريق الفعل، مثل ذلك غسل اليدين القهري القائم على اعتقاد الأوساخ مازالت على اليدين.(بيك، 2000، ص 92 – 102).

تشير النظرية المعرفية إلى أن الاضطرابات النفسية لا تنشأ من الأحداث في حد ذاتها من قبيل حادث صادم أو فقدان وظيفة أو علاقة، بل تنشأ من المعاني التي يعطيها الأفراد للأحداث وفلترتها من خلال إطار من الاعتقادات والافتراضات التي تنمو خلال خبرات الحياة لدى الأفراد. فالموقف الواحد يثير استجابات انفعالية مختلفة لدى الأفراد تبعاً لاختلاف الطريقة التي يدركون بها الموقف. وهذا يعني أن الاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها الفرد تكون بسبب أنماط التفكير الخاطئة والتوقعات والمعاني السلبية التي يكونها الفرد حول ذاته وعن الآخرين حوله وعن المستقبل. ونظراً لأن العوامل المعرفية لدى الفرد تكون متعلمة فقد يحدث اضطراب فيها بسبب التعلم الخاطئ أو نقص المعلومات الصحيحة ونتيجة لعدم التمييز بين الحقيقة والخيال.

وفضلاً عن ذلك فإن أنماط التفكير لدى الفرد يمكن أن تكون غير واقعية بسبب أنها مشتقة من مقدمات معرفية خاطئة، كما أن السلوك يمكن أن يكون مؤدياً للعمل بسبب أنه مبني على اتجاهات غير معقولة، لذلك يقوم المعالج المعرفي على إعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات تقوم على أن العوامل المعرفية تؤثر في السلوك، ومن ثم تغييرها سيترتب عليه تغيير في سلوك المريض.

وعلى هذا يرى بيك أن الاضطرابات الانفعالية تنشأ لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد وبين المثيرات والأحداث الخارجية التي يتعرض لها الفرد وتحليلها وتفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفي الداخلي، فالفرد يبدأ في الاستجابة للمواقف والأحداث المختلفة انطلاقاً من تلك المعاني التي يعطيها للمواقف.(حسين، 2007، ص 176).

ثامناً: بعض تقنيات الإرشاد المعرفي:

1) التعرف على الفكر اللاتكيفي:

يعني مصطلح الأفكار اللاتكيفية ذلك التفكير الذي يعطل القدرة على التكيف مع خبرات الحياة ويفسد التوافق الداخلي بلا داع ويولد استجابات انفعالية غير مناسبة أو مفرطة حتى الألم. إننا نناشد المريض في العلاج المعرفي على أن يركز على تلك الأفكار مع الصور التي تورثه حقيقة وألماً لا مبرر لهما، أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامي. وأن هذه الألوان من التفكير اللاتكيفي هي عبارات ذاتيه يقولها المريض لنفسه. وأن إنكار المريض للأفكار اللاتكيفية هي شئ إرادي وبإمكانه أن يغيرها بإرادته. وبإمكان المريض في أغلب الحالات أن يوقف نفسه عن هذا اللون من التفكير بعد تدريب كاف. غير أن الحالات الشديدة من الذهانات قد تتطلب تدخلات علاجية فيزيولوجية كإعطاء الأدوية وعلاج الصدمة الكهربائية لوقف الأفكار اللاتكيفية. ويبدو أن الأفكار اللاتكيفية تزداد قوة وبروزا بزيادة شدة المرض. ففي الاضطرابات الشديدة تبتدئ هذه الأفكار بوضوح وربما احتلت مركز المجال الفكري وذلك ما نشاهده في الحالات الحادة من الاكتئاب مع القلق وحالات البارانويا. ولكن لا ننكر حالات غير حادة وغير شديدة مثل حالات الوسواس القهري. كذلك تجري الأفكار اللاتكيفية في مجال الوعي دون أن يلحظها الشخص إلى أن تعميم تدريبه يساعده على معرفة كيف يوجه انتباهه إليها ويلتقطها ويحدد محتواها.

2) ملء الفراغ:

عندما يسجل المرضى الأحداث وردود أفعالهم حيالها، يوجد عادة فراغ بين المثير والاستجابة في نظرية إليس (A – B – C) حيث تعتبر (B) هي الفراغ، وواجب المعالج أن يملأه، وهذا يمكن تحقيقه بتعليم المؤيض التركيز على التصورات التي تحدث أثناء مروره بخبرة المثير والاستجابة. (باترسون، 1990، ص 38). ويمكن

لتقنية ملء الفراغ أن تكون عونا كبيراً للمرضى الذين يعانون من الخجل المفرط أو القلق أو الغضب أو الحزن في المواقف الشخصية أو مع غيرها.

3) تغيير القواعد:

يستخدم الناس قواعد معينة لتنظيم حياتهم الخاصة وفي محاولة تعديل سلوك الآخرين، بل أنهم يطلقون العبارات ويفسرون الأمور ويقيمونها وفقا لمجموعة من القواعد،

وحين تكون هذه القواعد مصوغة في حدود مطلقة أو تكون غير واقعية أو مستعملة بطريقة غير ملائمة، فكثيرا ما تؤدي إلى سوء التوافق، وكثيرا ما تفضي في النهاية إلى لون من القلق أوالاكتئاب أو الرهاب أو الهوس أو حالات البارانويا والوسواس وغيرها. ولكي تصبح القواعد مجدية ومفيدة يجب أن يعاد تشكيلها وصياغتها بحيث تكون أكثر دقة ومرونة واقل تمركزاً على الذات. فإذا ما ثبت أنها خاطئة وغير عملية فعلى المريض أن يطرحها من مخزونه ويستبدل بها – بمساعدة المعالج – قواعد أخرى أكثر واقعية وتكيفاً. ويرى كثير من المعالجين أن مساعدة المريض على تعديل أفكاره اللاتكيفية أو طرحها وتبني اتجاهات أكثر واقعية قد أدت إلى زوال الأعراض المعوقة من قلق ورهاب واكتئاب وغيرها. (بيك، 2000، 245 – 257)

4) تدقيق الاستنتاجات:

على الرغم مما نحاوله مع المرضى ليصبحوا قادرين على أن يميزوا بين العمليات العقلية الداخلية والمثيرات الخارجية إلا أنهم لا يزالون بحاجة إلى أن يتعلموا أساليب الحصول على المعلومات الدقيقة، يشتمل هذا معرفة أن ما يعتقدونه ليس الحقيقة، وأن الاستنتاج ليس واقعاً، ويساعد المعالج المرضى على استكشاف استنتاجاتهم وتمحيصها مع الواقع، واستخدام قواعد البرهان. فحين نطلب من المريض التفكير في شرح بديل للموقف فإنه يعني أن تفسيره الأول كان

متحيزاً وغير صحيح، أو أنه يقوم على استنتاج قليل الاحتمال، وقد يمكنه حينئذ أن يعي أنه قد حاول تغيير الحقائق كي تتفق مع استنتاجاته الخاطئة. ويتطلب ذلك من العميل جمع المعلومات التي تدعم أفكاره عن العلاقة والأسباب والتوقعات المعدلة (الجديدة)، ومثل هذه المعارف هي إسقاط لصراعات العميل وتحتاج إلى تحديد مباشر في الجلسات، ويتضح دور المعالج في المثال التالي: تلاحظ الزوجة أن الزوج ينسى إكمال المهام، يطلب منها المعالج التركيز على استعادة أي استثناءات لرؤيتها لزوجها "دائماً ما ينسى"، وهذا التناقض يعزز بالفعل النقطة التي يحاول المعالج الوصول إليها، ويمكن أن يستخدم استراتيجية أخرى بأن يطلب من الزوجة أن تكتب يومياً متى ينسى إكمال المهام ومتى يكملها، وتهدف هذه التدخلات أن يصل العميل بنفسه إلى استنتاجاته بأن رؤيته للطرف الآخر غير دقيقة.(الشرقاوي، 1993، ص 44 – 45).

تاسعاً: تقويم النظرية:

اهتم المرشدون المعرفيون بالتكامل بين الأساليب السلوكية واستقراء التخيلات وإعادة البناء من اجل تنشيط المخططات المعرفية وتعديل التفكير والوجدان. ومن الصعب في الحقيقة أن ينفذ الإرشاد المعرفي دون توظيف الأساليب السلوكية سواء لتنشيط المريض المكتئب أو توظيف أساليب معالجة اضطراب الهلع مع الوسواس أو تعديل أنماط السلوك وأنماط التخاطب لدى الأزواج.

إن الإرشاد المعرفي ليس علاجاً سهلاً فينبغي أن يكون المعالج ايجابياً نشيطاً مخلصاً ومؤثراً، وإن الاعتقاد أن هناك علاجاً معرفياً واحداً فقط أمر شديد الضيق. والأكثر من ذلك أن العديد من المعالجين المعرفيين يُدخلون أعمال ونماذج نفسية أخرى في أعمالهم بشكل متكامل، فقد أثرى بعضهم العمل مع مرضى يتسمون بشدة المراس وذلك بمساعدة المعالجين على فهم مخططات المريض ومقاومته للتغير(يوسف، 2006، ص 29).

ونعرض فيما يلي بعض سلبيات هذه النظرية:

- إن نظرية الإرشاد المعرفي تقوم على فكرة أساسية، وهي أن الانفعالات التي يبديها الناس إنما هي نتيجة لطريقة تفكيرهم، ومن هذا فان النظرية قد ركزت على عدم عقلانية التفكير وتشويش الواقع كأسباب أساسية للمرض. أي اعتبرت ان الأفكار هي التي تولد الانفعالات وتوجهها، في حين يرى بعضهم ان الانفعالات أقوى من الأفكار.
- تركز النظرية على التعامل مع الأفكار فقط وتتجاهل المشاعر.
- العلاقة الإرشادية بين المعالج والمتعالج غير واضحة.
- إن الإرشاد المعرفي غير فعال مع المرضى ذوي الاضطراب الشديد.
- إن العلاقة بين المعرفة والاضطرابات الانفعالية والسلوكية أكثر تعقيداً مما تصورته هذه النظرية.
- إن الإرشاد المعرفي مبسط جداً.

ويعتقد باترسون أنه من الصعب الاعتقاد بأن أسلوب بيك يمكن أن يكون فعّالاً مع المرضى ذوي الاضطراب الشديد. وإن النتائج التي حققها بيك مع مرضى الاكتئاب جاءت نتيجة لشخصية بيك داخل موقف العلاج نفسه، فهو كمعالج استخدم كثيراً من التأثير الشخصي القوي على مرضاه من خلال اهتمامه بهم وفهمه ورعايته لهم. (باترسون، 1990، ص 47). وذلك أكثر من كونها راجعة لتعديل طريقة التفكير لدى المرضى.

الفصل الحادي عشر

الإرشاد (العلاج) المعرفي السلوكي

Cognitive Behavior Counseling

- مدخل.
- المفاهيم الأساسية للنظرية.
- أهداف النظرية.
- عملية الإرشاد (العلاج) المعرفي السلوكي.
- النظرة إلى الاضطراب النفسي.
- بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي.
- تقويم النظرية.

الفصل الحادي عشر

الإرشاد (العلاج) المعرفي السلوكي

Cognitive Behavior Counseling

أولاً: مدخل:

يستخدم الإرشاد السلوكي مبادئ التعلم ونظرياته وقوانينه، ويطبقها لإحداث تغييرات في سلوك الفرد للتغلب على بعض المشكلات التي تواجهه، ويؤمن السلوكيون أن ما يمكن ملاحظته من السلوك ونتائجه هو ما يُدرس فقط، أي ما يجري خارج الفرد، فالفرد عند السلوكيين موجود فقط عند مستوى المثير — الاستجابة. أما المعرفيون فيهمهم ما يجري داخل الفرد، فيستخدمون مفاهيم مثل: الإدراك والتعلم والانتباه والتخيل والذاكرة واللغة والدافعية وغيرها، ويرون كل السلوك بوصفه إشارات لنشاط مخي. ويهتم السلوكيون بالمدخلات والمخرجات على عكس المعرفيين الذين يهتموا بالعمليات المعرفية الداخلية مثل التفكير والإدراك والمحادثات الذاتية. فالمتخصصون في علم النفس المعرفي يرون أن الأحداث في حد ذاتها لا تؤدي إلى المشاعر والسلوكيات المضطربة وإنما تفسير الفرد للأحداث هو الذي يصنع ذلك، وأن التغيرات في طريقة التفكير يمكن أن ينتج عنها تغيرات في المشاعر والسلوكيات.

يعتبر الإرشاد السلوكي المعرفي مجموعة من الطرائق العلاجية التي تجمع بين الأسلوبين المعرفي والسلوكي معا، والمفهوم الذي يقوم عليه هذا العلاج أنه عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة نستطيع تخفيف الضغط النفسي، ولا يعني ذلك إهمال أهمية الاستجابات الانفعالية التي تعد المصدر الأساسي للضغط النفسي بصفة عامة، وإنما يعني أننا نقارب انفعالات الشخص من خلال طريقة تفكيره، وبتصحيح الاعتقادات الخاطئة يمكن إخماد الاستجابات الانفعالية الزائدة و غير المناسبة. وأن ما يتم تعلمه ليس فقط مجرد ربط بين مثير واستجابة، بل أيضاً يتم تعلم توقعات بخصوص ما يمكن أن يحدث في

المواقف الاجتماعية، وهذه التوقعات تتوسط المثير والاستجابة، فغالباً ما يضفي الفرد معنى على الموقف في ضوء فهمه وتفسيره له، ويختار الاستجابة التي يعتقد أنها الأكثر ملاءمة لتحقيق هدفه في هذا الموقف.

ويركز الإرشاد المعرفي السلوكي على موضوعة هنا والآن أي على ما يفعله المتعالج الآن للإبقاء على أفكاره وأفعاله وعواطفه المختلة وظيفيا، مع الأخذ بعين الاعتبار أن المعلومات التاريخية والتجارب النمائية للمتعالج والعلاقات الاجتماعية والتاريخ المرضي لا يركز عليها إلا في حال كونها مرتبطة مباشرة بتطور المشكلة واستمرارها (كمال، 1994، ص 280).

لقد وضع ألبرت إليس (Ellis) نظريته في العلاج العقلاني الانفعالي والتي ركز فيها على أهمية الحديث الداخلي في تعديل السلوك، واعتبر أن نتائج السلوك لا تكون حصيلة تفاعل مثير واستجابة، بل إن هناك أفكاراً مسؤولة عن حدوث النتائج. ثم جاء ميكينبوم (Meichenbaum) ليؤكد على نفس الاتجاه حيث أشار إلى أن عملية التعلم لا يمكن أن تنحصر في مثير واستجابة، كما ترى النظرية السلوكية، بل رأى أنه إذا أردنا تغيير سلوك فرد ما فلا بد أن يتضمن ذلك معتقداته ومشاعره وأفكاره، فالأفكار هي التي تدفع الفرد إلى العمل.

ولهذا يعتبر الإرشاد المعرفي السلوكي من أكثر الأساليب العلاجية المستخدمة في السنوات الأخيرة حيث بدأ الالتقاء بين المناهج السلوكية والمعرفية ودمج التقنيات التي ثبتت فاعليتها في العلاج السلوكي مع الجوانب المعرفية للحالات المرضية.

العلاج المعرفي السلوكي



- النظرية:
  - أفكار، مشاعر، سلوك
  - علاقات بين هذه الثلاث
- تغيير المشاعر عن طريق:
  - تغيير الأفكار ← علاج معرفي
  - تغيير السلوك ← علاج سلوكي

إن رائد نظرية الإرشاد المعرفي السلوكي هو الأمريكي دونالد هربرت ميكينبوم (Meichenbaum)، الذي ولد في مدينة نيويورك عام 1940 وحصل على الإجازة الجامعية عام 1962 ثم حصل على درجة الماجستير عام 1965 ثم على درجة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي عام 1966. ثم أصبح أستاذا في جامعة واترلو في أونتاريو بكندا منذ عام 1966، وكان عضواً في الجمعية الأمريكية لعلم النفس وفي الجمعية الكندية أيضاً، وفي جمعية أبحاث نمو الطفل. وقدم ثورة إدراكية في حقل علم النفس في السبعينات والثمانينات من القرن العشرين، وقد رشح من قبل الأطباء السريريين بأنه واحد من أكثر عشرة أطباء تأثيرا في أمريكا الشمالية. وقد ألف ميكينبوم مجموعة من الكتب في الإرشاد والعلاج السلوكي المعرفي، وكانت طريقته التي اشتهر بها: التحصين ضد الضغوط النفسية Stress Inoculation.

يذكر ميكينباوم أن البدايات الأولى لطريقته قد بدأت أثناء دراسته للدكتوراه، والعمل مع مرضى الفصام وتدريبهم على تنمية نوع من "الحديث الصحي" وذلك باستخدام أساليب الإشراط الإجرائي. وقد أدت الخبرات التي عاشها ميكينبوم في تدريبه مع هؤلاء المرضى أن يفكر فيما إذا كان من الممكن تدريبهم على أن يتحدثوا إلى أنفسهم بطريقة تؤدي إلى تغيير سلوكهم. وقد لاحظ

ميكينبوم أن بعض المرضى كانوا يرددون نفس العبارات، وبذلك فقد كانوا منخرطين في نوع من الأحاديث الذاتية التلقائية، ومما يلاحظ أن هذا الأسلوب يمثل ابتعاداً عن الإشراط الإجرائي من حيث أنه أدخل عنصراً معرفياً "Cognitive".

ثانياً: المفاهيم الأساسية للنظرية:

إن التركيز على فهم الفرد كمسؤول عن إحداث سلوكاته يعتبر أساس نظرية "ميكينبوم" الذي استنتج أن للتفكير والمعتقدات والمشاعر والحديث الإيجابي مع النفس، وتوجيهات الفرد لنفسه (إعطاء أوامر لنفسه)، لها دور كبير في عملية التعلم. فعندما كان يقوم بتجاربه وهو يعد للدكتوراه كان "ميكينبوم" يقوم بتدريب المرضى الفصاميين، ويقوم بتعليمهم الحديث الصحي Healthy Talk عن طريق الإشراط الإجرائي، وجد أن بعض المرضى يقومون بتوجيه تعليمات لأنفسهم بصوت عال Self – Instructions كأن يقولوا "تحدث حديثاً صحيحاً، كن متماسكاً وملائماً"، "كن واضحا وصريحا وفي صلب الموضوع ". إن العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يساعد الفرد على تغيير تفكيره (معرفي) وكيف يعمل (سلوكي). هذه التغييرات يمكن أن تساعده على الشعور بشكل أفضل. على عكس بعض العلاجات الكلامية الأخرى التي تركز على المشاكل والصعوبات الآنية، عوضا عن التركيز على أسباب المشكلة وأعراضها في الماضي. تقوم هذه النظرية على فكرة أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها، حيث أن سلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته ويعتبر الحديث الداخلي أحد هذه الأنشطة. هذا الحديث الذي يتم داخل الفرد ويؤثر عليه ويغير البنية المعرفية التي تعطي نسق المعاني أو المفاهيم التي تمهد لظهور مجموعة معينة من الجمل أو العبارات الذاتية. ونحاول هنا تحديد بعض المفاهيم الأساسية لنظرية الإرشاد المعرفي السلوكي عند " ميكينبوم".

1) بنية الحديث الذاتي:

تأثر ميكينبوم بعالمين من علماء النفس السوفييت وهم فيجوتسكي "Bygotsky" (1962)، ولوريا "Loria" (1961) اللذين درسا العلاقة التطورية بين اللغة والتفكير والسلوك. واقترحا أن تطور السيطرة الإرادية على سلوك المرء يتضمن تقدماً تدريجياً بتنظيم خارجي من أشخاص يهمونه وصولاً إلى التنظيم الذاتي كنتيجة لجعل الأوامر اللفظية تصدر من الداخل، ولذلك أصبحت التعليمات اللفظية الذاتية والسلوك محور التركيز الأول للأبحاث التي يجريها ميكينبوم.

وتقوم فكرة التدريب على الأحاديث الذاتية عنده على فرض مؤداه أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها، فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته والتي توجه بتكوينات متنوعة مثل الاستجابات الفيزيولوجية، وردود الفعل الوجدانية. الجوانب المعرفية. والعلاقات مع الآخرين، ويعتبر الحديث الداخلي أحد هذه الأنشطة والتكوينات. (الشناوي،1994، ص 119 – 123) وقد ركز ميكينباوم على الحديث الداخلي Inner – speech أو المحادثة الداخلية "Inner Dialogue"، حديث الذات أو الحوار الداخلي Self – talk في محاولة لتغييرها، وكذلك اهتم بالتخيلات Images على أمل أن يعرف ما إذا كانت مثل هذه التغيرات ستؤدي إلى تغيرات في التفكير وفي الشعور والسلوك. كما بدأ في تطوير تفسير نظري لوظيفة هذه العوامل في تغيير السلوك. وقد عرض نتائجه في شكل تقرير ولم يعرضها في صورة نظرية كاملة أو مصحوبة بالأدلة والممارسة في العملية العلاجية.

يعتبر ميكينبوم بأن هناك هدفا من وراء تغيير الفرد لحواره الداخلي. ويجب تحديد حاجة الفرد للشيء الذي يريد أن يحققه، والشيء الذي يرغب في إحداثه في البيئة، وكيف يقيم المثيرات ولأي شيء يعزي أسباب سلوكه وتوقعاته عن قدراته الخاصة في معالجة الموقف الضاغط. إن إدراك الفرد يؤثر على

فيزيولوجيته ومزاجه. ويرى ميكينبوم أن الانفعال الفيزيولوجي بحد ذاته ليس هو المعيق الذي يقف في وجه تكيف الفرد، ولكن ما يقوله الفرد لنفسه حول المثير هو الذي يحدد انفعالاته الحالية (ابراهيم، 1994، ص 68).

إن طريقة التحدث تكون حول:

- كيفية تفكير الفرد بنفسه والعالم من حوله والناس الآخرين.
- كيفية تأثير ما يفعل على أفكاره ومشاعره.

ويظهر تأثير الحوار الذاتي على العمليات السلوكية من خلال الوظائف التي يقوم بها على صعيد:

- **التعليمات الشخصية المتبادلة:**

إن التعليمات الذاتية تعمل بصورة مماثلة لتلك التي تعمل بها التعليمات الشخصية المتبادلة، فالتعليمات الذاتية مشتقة من تعليمات الكبار التي يستدخلها أو يستبطنها الطفل أو يحفظها بصورة تراكمية ثم يستخدمها في ضبط سلوكه.

- **العوامل المعرفية في الضغط النفسي:**

إن الكيفية التي يستجيب بها الفرد إلى الضغط النفسي متأثرة إلى حد كبير بالكيفية التي يقوّم بها ذلك الفرد مصدر الضغط، وبالكيفية التي يقوّم بها نفسه وقدرته على الصمود أو المواجهة. فالتوضيح الذاتي أو التلقين الذاتي المرتبط بموقف الضغط النفسي والقدرة على المواجهة له تؤثر في سلوك الفرد في هذا الموقف. وبكلام آخر فإن العبارات التي يقولها الشخص لنفسه حول موقف الضغط وقدرته على التعامل معه تؤثر على سلوكه في هذا الموقف.

- **مجموعة التعليمات الذاتية وتأثيراتها الفيزيولوجية:**

حيث أفادت الدراسات على وجود علاقة بين التلقينات أو التعليمات الموجهة إلى الذات وبين الحالة المزاجية للفرد، فأفكار ومعرفيات المسترشد مرتبطة باضطراباته النفسية الجسمية "Psychosomatic Disorders"، كما أفاد ميكبنوم أنه بعد العلاج بالتعديل المعرفي للسلوك أعلن المرضى ان ردود أفعالهم الفيزيولوجية كانت مساعدة أكثر منها معوقة فتبلل الكفين بالعرق، و زيادة سرعة ضربات القلب، وسرعة التنفس وتوتر العضلات أصبحت مؤشرات لاستخدام أساليب المواجهة التي دربوا عليها، فنظرية ميكينبوم تفترض أنه ليست الإثارة البدنية في حد ذاتها هي التي تُضعف أو تُوهن، ولكن ما يقوله المريض عن هذه الإثارة هو الذي يحدد ما يحدث من رد فعل. (باترسون، 1990، ص 121 – 122). وبكلام آخر فإن إحداث التغيير في السلوك يستلزم علينا أن نفكر قبل أن نتصرف ومثل هذا التفكير هو نتيجة لحديث داخلي.

2) البنية المعرفية:

يرى ميكينبوم بأن البنية المعرفية Cognitive Structure هي التي تحدد طبيعة الحوار الداخلي، والحوار الداخلي هذا يغير في البناء المعرفي بطريقة يسميها ميكينبوم بالدائرة الخيرة Virtuous Cycle، إن على المرشد أن يعرف المحتويات الإدراكية التي تمنع حدوث سلوك تكيفي جديد عند المسترشد، وما هو الحديث الداخلي الذي فشل الفرد في أن يقوله لنفسه، ويجب على المرشد أن يعرف حجم ومدى المشكلة، وما هي توقعات المسترشد من العلاج، وأن يسجل المرشد أفكاره ومشاعره قبل وأثناء وبعد مرور المسترشد بالمشكلة التي يواجهها.

إن البنية المعرفية هي التي تعطي نسق المعاني أو المفاهيم (التصورات) التي تمهد لظهور مجموعة معينة من الجمل أو العبارات الذاتية، حيث يقول ميكينبوم: "ما أقصده بالبنية المعرفية، هو ذلك الجانب التنظيمي من التفكير الذي يبدو أنه

يضبط ويوجه المخطط والطريقة أو الاختيار للأفكار". إنه يقصد أن يوضح نوعاً من المعالج (المعامل) التنفيذي Executive Processor، أو الإجرائي الذي يمسك بأصول التفكير، والذي يحدد متى نقاطع أو نغير أو نواصل هذا التفكير. إن التغير أو التغيرات تحدث بدون تغيير في البنية المعرفية، ولكن تعلم مهارة جديدة يتطلب تغييرا في هذه البنية. وتحدث التغييرات البنائية عن طريق التشرب (الامتصاص) Obsorption حيث تتكامل البنى الجديدة مع القديمة. وكذلك يحدث عن طريق الإحلال (الإزاحة) Displacement والتي فيها تستمر البنى القديمة مع البنى الجديدة. أو بواسطة التكامل (الاندماج) Integration والذي فيه تستمر أجزاء من البنى القديمة موجودة ضمن بنية جديدة شاملة. وتقوم هذه الفكرة على أساس آراء نيسر Neisser في متابعته لتصورات بياجية حول التمثل والتوافق. فالبنى المعرفية تحدد طبيعة الحديث الداخلي، ولكن الحوار الداخلي يغير البنى المعرفية إلى ما يسميه ميكينبوم بالدورة الفعالة أو الفضلى. (باترسون، 1990، ص 122).

3) تعديل السلوك:

انطلق ميكينبوم من الفرضية التي تقول: بأن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تلعب دورا في تحديد السلوكيات التي سيقومون بها، وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تعمم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة. إن الحديث الداخلي (المحادثة الداخلية) يخلق الدافعية عند الفرد ويساعده على تصنيف مهاراته، وتوجيه تفكيره للقيام بالمهارة المطلوبة.

ويرى أن تعديل السلوك يمر بطريق متسلسل في الحدوث، يبدأ بالحوار الداخلي والبناء المعرفي والسلوك الناتج. إن الاتجاه المعرفي يركز على كيفية تقييم الفرد لسبب انفعاله وإلى طريقة عزوه لسبب هذا الانفعال، هل هو سببه أم هل الآخرون؟

ويرى ميكينبوم بأن حدوث تفاعل بين الحديث الداخلي عند الفرد وبناءاته المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغير سلوك الفرد.

4) تعليم الذات:

ثم استخدم ميكينبوم أسلوب التوجيه الذاتي Self – Instruction على الأطفال ذوي النشاط الزائد وعلمهم أن يتكلموا مع أنفسهم بحيث يفهموا متطلبات المهمات المطلوب منهم القيام بها وذلك من أجل ضبط سلوكهم واستخدام أسلوب التقليد والنمذجة لتحقيق هذه الغاية بالإضافة للتعزيز والعلاج المعرفي. ولقد درب ميكينبوم كل فرد أن يراقب نفسه وأن يقيّم أعماله، وأن يوجه نفسه إذا كان سلوكه غير مفيد وإعطائه أوامر من أجل تقديم استجابة أفضل، وكان يطلب منهم إعادة صياغة متطلبات المهمة أو العمل المرغوب القيام به ثم يعطيه تعليمات للقيام بالمهمة بشكل بطيء وأن يفكر قبل أن يقوم بالمهمة، وأن يستخدم خياله لتحقيق الهدف ويقدم له عبارات المديح والاستحسان، ويعلمه كيف يضع احتمالات تفسر أسباب حدوث السلوك غير الجيد، وأن يقول عبارة أو جملة ليتكيف مع الفشل، وعبارة أخرى تشجع على التغلب على المشكلات، وذلك بالقيام بمحاولة جديدة واستجابة بديلة ومناسبة ومن هذه الجمل مثلا: "كن موضوعيا" و"قف وفكر" و "قم بواجبك" و "أنا لا أوضح ما أقوله ولأحاول مرة أخرى". وقد نجح ميكينبوم في تعديل سلوكيات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية، مثل الاندفاعية، والنشاط الزائد، والعدوانية عن طريق استخدام التعليمات الذاتية Self – Instructions، وقد أدى استخدام هذه الطريقة مع طرق الإشراط الإجرائي إلى إعطاء نتائج أفضل. وقد خلص ميكينبوم من هذه البحوث إلى أن التدريب على التعليمات الذاتية يمكن أن يكون فعالا في تغيير الأنماط المعرفية، وكذلك الخاصة بعزو السلوك Attribution، ولكنه حذر في نفس الوقت من أن فاعلية هذه الطريقة لم تتأكد بعد. كما أدت الخبرات التي عاشها ميكينبوم في تدريبه المرضى الفصاميين وغيرهم، أن يفكر في تدريب المرضى على أن يتحدثوا إلى أنفسهم بطريقة تؤدي إلى تغيير سلوكهم.

ثالثاً: أهداف النظرية:

نحاول فيما يلي تحديد أبرز أهداف هذه النظرية بما يلي:

1. إدخال العوامل المعرفية في أساليب الإرشاد السلوكي.
2. إعادة بناء البنية المعرفية للمسترشد من خلال إدراكه للعلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.
3. تدريب المسترشد كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه.
4. تدريب المسترشد على التعرف على الوعي بالأحاديث الذاتية.
5. وصف الأهمية الوظيفية للانغماس في عبارات ذاتية من نوع معين تصاغ في نصوص ذات صبغة احتمالية يتبعها سلوك فردي معين أو حالة انفعالية (مزاج معين مثلا) أو تتبعها ردود فعل بدنية أو عمليات انتباه معينة. "(زهران، 1994، ص226)
6. التركيز على تغيير الأشياء التي يقولها المسترشد لنفسه.
7. تغيير الاتجاهات السلبية وطريقة التفكير لدى الفرد وتصوراته الخاطئة حيث أن ذلك يعد مطلباً ضرورياً لتغيير شخصيته المضطربة. فالعلاج السلوكي المعرفي هو " تعديل السلوك والجوانب العقلية المعرفية التي تتركز حول الخبرات الصادقة "(زهران، 1994، ص226)
8. تدريب المسترشد على استراتيجيات وفنيات سلوكية ومعرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة أو عند مواجهة ضغوط طارئة.(الشناوي وعبد الرحمن، 1998، ص 213)
9. مساعدة المسترشد على أن يكون واعيا بما يفكر فيه. لأنه عند إحداث تغيير في السلوك، فعلى الفرد أن يفكر قبل أن يتصرف. وهذا التفكير(نتيجة الحديث الداخلي) يقلل من تلقائية السلوك غير المتوافق، ويعطي الأساس لبناء سلوك جديد.
10. تركيز الإرشاد على تغيير الأشياء التي يقولها المسترشد لنفسه صراحة أو ضمناً والتي تؤدي إلى سلوك غير فعّال وإلى اضطراب انفعالي.

11. تدريب المسترشدين كيفية تقويم أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة وتصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشويهات معرفية.
12. إعادة تشكيل البنية المعرفية للمتعالج من خلال التدريب على إعطائه تعليمات ذاتية جديدة.
13. تعليم المسترشد مهارات المواجهة لحل المشكلات.
14. تعديل سلوك المسترشد.

رابعاً: عملية الإرشاد المعرفي السلوكي:

هناك مجموعة من الميكانيزمات لحدوث التغير عامة في كل الأساليب والأنظمة العلاجية وفي بيئات العلاج التي فيها يحدث أو يقع التغير، هذه الميكانيزمات تنطوي على العمليات المعرفية للفرد. فأولها يجب أن يأخذ المسترشد في الاعتبار أن يصبح واعيا بسلوكياته غير المتوافقة، وتدريبه لكي يكون ملاحظاً جيداً لسلوكه ومساعدته على تحديد مشكلاته. وثانيها اعتبار الوعي مؤشرا يولد حواراً داخلياً معيناً، تتم من خلاله مساعدة المسترشد على إحداث التغيير المعرفي والانفعالي والسلوكي، أما ثالثها فتقول بأن هناك تغير في طبيعة الحوار الداخلي عما كان عليه المسترشد قبل بدء العلاج، والتركيز على تعزيز التغييرات التي تم إحداثها في سلوكيات المسترشد وتعميمها على سياقات أخرى. بالإضافة إلى أن هناك عملية ترجمة مغذاة بواسطة انعكاس المشاعر والتوضيحات وإعطاء المعلومات والنماذج المعرفية التي يقدمها المعالج. **لذا نقول بأن لعملية الإرشاد المعرفي السلوكي ثلاث مراحل نتناولها على النحو التالي:**

المرحلة الأولى: مراقبة الذات أو الملاحظة الذاتية Self Observation:

حيث يرى ميكينبوم: أن الفرد في فترة ما قبل العلاج يكون عنده حوارا داخليا سلبيا مع ذاته، وكذلك تكون خيالاته وتصوراته سلبية، أما أثناء عملية العلاج وعن طريق زيادة الوعي والانتباه يركز المسترشد على ردود الأفعال الفكرية والانفعالية والجسمية، وعلى ألوان السلوك التفاعلي المتبادل بين الأفراد، وتؤدي عملية النقل أو الترجمة إلى أبنية معرفية جديدة New Cognitive Structures، تسمح للمسترشد بأن ينظر إلى الأعراض أو المشكلات بصورة مختلفة، وأن يبرز أفكاراً وألواناً من السلوك لا تنسجم مع حالة عدم التوافق. والأفكار الجديدة تختلف عن الأفكار القديمة غير المتكيفة. وهنا تحدث عملية إحلال أفكار جديدة متكيفة محل أفكار قديمة غير متكيفة. إن إعادة بناء تكوين المفاهيم هذه تؤدي إلى إعادة تعريف مشكلات الفرد بطريقة تعطيه الثقة والتفهم والقدرة على الضبط، وهذه جميعها من مستلزمات عملية التغيير. إن إعادة تكوين المفاهيم Redoctronizaion، تساعد على إعطاء معان جديدة للأفكار والمشاعر والسلوكيات. إن الخطوة الأولى في عملية العلاج هي أن يعرف المسترشد كيف يتحدث، أو يعبر عن سلوكه. الأمر الذي يزيد من وعيه، وأن لا يشعر المسترشد بأنه سيكون ضحية للتفكير السلبي، ويجب على المعالج أن يعرف طرق (العزو) عند الأفراد وعباراتهم التي يوجهونها نحو ذواتهم.

المرحلة الثانية: السلوكيات والأفكار المتنافرة:

Incompatible Thoughts and Behaviors:

تكون عملية الملاحظة الذاتية عند المسترشد في هذه المرحلة قد تكونت وأحدثت حوارا داخليا عنده. فإذا كان لسلوك المسترشد أن يتغير، فإن ما يقوله لنفسه وما يتصوره يجب أن ينشئ سلسلة سلوكية جديدة تتعارض أو تتنافر مع سلوكه الحالي غير المتوافق. إن ما يقوله الفرد لنفسه، أي حديثه الداخلي الجديد لا يتناسب مع حديثه السابق المسؤول عن سلوكياته القديمة. إن هذا الحديث

الجديد يؤثر في الأبنية المعرفية لدى المسترشد، الأمر الذي يجعل المسترشد يقوم بتنظيم خبراته حول المفهوم أو التصور الجديد الذي اكتسبه وجعله أكثر تكيفا، وهنا يستطيع المسترشد أن يتجنب السلوكيات غير المناسبة وفقا للأفكار الجديدة بطريقة تقوده إلى مواجهة أكثر فعالية.

المرحلة الثالثة: المعرفة المرتبطة بالتغير Cognition Concerning Change:

وتتعلق هذه المرحلة بتأدية المسترشد لمهمات تكيفية جديدة خلال الحياة اليومية، والحديث الذي يقوله المسترشد لنفسه حول نتائج هذه التجارب الشخصية. وهنا ليس المهم أن يركز المسترشد على السلوكيات المتغيرة التي تعلمها وعلى نتائجها التي سوف تؤثر على ثبات وتعميم عملية التغير في السلوك، بل إن ما يقوله المسترشد لنفسه بعد عملية العلاج شيء هام وأساسي، وإن عملية العلاج تشتمل على تعلم مهارات سلوكية جديدة، وحوارات داخلية جديدة وأبنية معرفية جديدة.

ويمكن تمثيل عملية العلاج كالآتي:

- قبل العلاج: سلوك غير مرغوب به ← حديث داخلي سلبي قديم متعلق به
- أثناء العلاج: استبدال الحديث بحديث داخلي جديد متكيف ← تكوين بناءات معرفية جديدة
- بعد العلاج: سلوك مرغوب به ← تقييم السلوك ← تعميم السلوك ← تثبيت السلوك. (جمعة، 2002، ص68)

يمكن إجراء العلاج المعرفي السلوكي بشكل فردي أو جمعي ويمكن أيضا عمله عن طريق كتب المساعدة الذاتية أو برنامج حاسوبي. حيث يطّلع المرشد على أفكار المسترشد ومشاعره وتصرفاته، وهل هي غير واقعية أو غير مفيدة، وما مدى تأثيرها على بعضها بعضا، وعلى شخصية المسترشد. وهنا يساعد المعالج المسترشد على تغيير هذه الأفكار والتصرفات غير المفيدة واستبدالها بأفكار وتصرفات مفيدة.

ويكمن موطن القوة في العلاج المعرفي السلوكي في أنه بإمكان الفرد الاستمرار في تطبيق ما تعلمه وتطوير مهارات جديدة.

خامساً: نظرة الإرشاد المعرفي السلوكي إلى الاضطراب النفسي:

إن المنهج المعرفي السلوكي يجعل فهم الاضطرابات وعلاجها أكثر اتصالا بخبرات الحياة اليومية للمريض، ومن شأن هذا المدخل أن يغير نظرة الإنسان إلى نفسه وإلى مشاكله، فالإنسان ليس رهين تفاعلات كيميائية أو مؤثرات عمياء أو انعكاسات آلية بل هو كائن عرضة للتعلم الخاص والأفكار الانهزامية، ولديه القدرة على تصحيحها أيضا، وهو حين يضع يده على مواطن المغالطة في تفكيره ويجري عليها التصحيح اللازم فإنه يجعل حياته أكثر إرضاء له.(بيك، 2000، ص35).

وقد تنشط التعليمات الذاتية في بعض الأمراض والاضطرابات بشكل مفرط بحيث يحدث المريض ذاته على الدوام، وثمة تعليمات ذاتية ترمي إلى عقاب الذات وأخرى ترمي إلى إثباتها، فقد يعنف الإنسان نفسه ويمطر عليها بوابل من اللوم ويعتبر نفسه تافها وقد تصل هذه المشاعر من القناعة إلى درجات مرضية فيصاب الشخص بالاكتئاب. أو قد يكافئ نفسه لإنجازاته أو لثناء ناله. وهناك نوع آخر من التعليمات الذاتية يدور حول تجنب الفعل أو كفه فيستجيب أصحابه للمواقف البغيضة بأفكار مدارها التنصل والتجنب، فكلما واجهتهم مهمة تبدو مضجرة أو مرهقة تولد لديهم فكرة عدم الفعل. وينظر في هذه الحالات إلى المرض العقلي على أنه اختلال في التفكير يشتمل على عمليات تفكير محرفة تؤدي إلى رؤية محرفة للعالم، وإلى انفعالات غير سارة، وصعوبات ومشكلات سلوكية.

وفيما يلي بعض التصورات حول الجوانب المعرفية الخاطئة وغير المنطقية لدى المسترشدين:

1) العمليات المعرفية باعتبارها أنظمة تفكير غير عقلاني:

يدخل في هذا التصور ذلك النموذج الذي وصفه "إليس" (Ellis) الذي يرى أن الأفكار غير العقلانية هي التي تؤدي إلى الاضطراب السلوكي والاضطراب الانفعالي. وتفترض هذه النظرية أن الاضطرابات النفسية تنشأ من أنماط تفكير خاطئة وغير منطقية ويشتمل العلاج على اقناع المريض بمنطق العلاج، والتعرف على الأفكار الغير العقلانية من خلال مراقبة المريض لذاته ثم مواجهة الأفكار اللاعقلانية وإعادة التفسير العقلاني للأحداث، وبعدها تكرار المقولات الذاتية العقلانية بحيث تحل محل التفسيرات غير العقلانية (الطيب، 1990، ص 118).

2) العمليات المعرفية باعتبارها أنماط تفكير خاطئ:

ويدخل في هذه المجموعة ذلك النموذج الذي قدمه بيك (Beck) الذي يركز على أنماط التفكير المشوه أو المنحرف الذي يتبناه المسترشد أو المريض. وتشتمل التحريفات على استنتاجات خاطئة لا يقوم عليها دليل، وكذلك على مبالغات في أهمية الأحداث ودلالتها، أو خلل معرفي، أو نقص اعتبار عنصر هام في الموقف، أو الاستدلال المنقسم، أو رؤية الأشياء على أنها أبيض وأسود، خير أو شر، صحيح أو خطأ، دون وجود نقطة وسط، وكذلك المبالغة في التعميم من حادث مفرد. ويُدرب المسترشدون على التعرف على هذه التحريفات من خلال الأساليب السلوكية، واستخدام الدلالات اللفظية (الشناوي، 1994، ص 138). **وتشتمل التحريفات على:**

- **المبالغة:**

التي تتمثل في إدراك الأشياء أو الخبرات الواقعية وإضفاء دلالات مبالغ فيها كتصور الخطر والدمار فيها.

- **التعميم:**

الذي يعتبر من العوامل الحاسمة في كثير من الأمراض الاجتماعية واكتساب المخاوف المرضية.

- **أخطاء الحكم والاستنتاج:**

في الكثير من حالات القلق والاكتئاب والعدوان يكون السلوك ناتجا عن خطأ في تفسير الحادثة بسبب عدم توفر معلومات معينة أو سياق مختلف. (إبراهيم، 1994، ص 308).

وبهذا نرى أن طريقة بيك التي قدمها في العلاج المعرفي تهدف إلى أن يصبح المريض واعيا بأفكاره المشوشة عنده واستبعادها واستبدالها بأفكار أخرى أكثر موضوعية. وعلاج بيك المعرفي عبارة عن حزمة علاجية مشتقة من نظرية أهدافها هي تحديد ومواجهة الأفكار السلبية بهدف تطوير وإنتاج بدائل مناسبة وأفكار توافقية ويتم تشجيع الاستجابات المعرفية والسلوكية القائمة على هذه الأفكار التوافقية.

ويرى ميكينبوم (1971) أن الأفكار هي تعليمات تستعمل في تنمية المهارات السلوكية، وهذه التعليمات كانت على مستوى الوعي عندما بدأ الفرد في تعلم هذه المهارات وبعد تعلمها فإن التعليمات اختصت من شعور الفرد وأصبح بذلك أداء السلوك تلقائياً. ولما كانت التعليمات غير الطبيعية التي يتعلمها الفرد تؤدي إلى سلوك غير طبيعي، فإن التعليمات الخاطئة التي يعاني الفرد في فترة لاحقة من القلق عند قيامه بأداء سلوكه وأنماط السلوك العدواني قد لا تزول، ذلك أنها قد بنيت على أساس مجموعة من التعليمات التي ربما كانت مفيدة في سن الصغر، غير أنها في الحاضر قد أصبحت مسالك غير تكيفية. والعلاج هنا يتألف من تعلم مجموعة جديدة من التعليمات وذلك عن طريق النمذجة. وإذا كان القلق مرتبطاً بالسلوك فإن المريض يوضع في حالة استرخاء وبالتالي تتبع مجموعة جديدة من التعليمات. (كمال، 1995، ص 294).

سادساً: بعض فنيات الإرشاد السلوكي المعرفي:

1) طريقة التقويم السلوكي المعرفي:

Assessment Cognitive – Behavioral:

تقوم هذه الطريقة على المراحل التالية:

1. المقابلة الأولية:

يقوم المرشد خلال هذه المرحلة بجمع معلومات شخصية وعامة حول المسترشد، وقد يتطرق المرشد إلى سؤال المسترشد عن سبب طلبه للمساعدة وما الذي يتوقعه من الإرشاد، وقد يتم الاستعانة بمجموعة من الاستبيانات ونماذج المعلومات التي يمكن للفرد أن يعبئها بشكل فردي حيث أن هذه المرحلة موجهة بالأساس إلى عملية جمع معلومات شخصية حول المسترشد.

2. مرحلة التقييم:

خلال هذه المرحلة يحاول المرشد جمع معلومات حول مدى قدرة الفرد على التعامل مع المشكلات ومدى امتلاك المسترشد لمهارات التوافق الصحيحة مع الضغط النفسي، ويمكن أن يطبق عدداً من استبانات مهارات التوافق للكشف عن مدى امتلاك المسترشد لها.

ويمكن أن تكون الموضوعات التالية مدار البحث خلال عملية التقييم المعرفي:

- **الأفكار الذاتية:**

يركز الاتجاه المعرفي على أفكار المسترشد الذاتية وما الذي يقوله لذاته أثناء مواجهة المشكلات مع التوجيه إلى زيادة وعي المسترشد لمثل هذه الأفكار ودورها في التأثير على الحالة الانفعالية والسلوكية للمسترشد.

- **مراقبة الأفكار غير الوظيفية:**

قد يعتمد المرشد على أسلوب مراقبة المسترشد لذاته وللأفكار التي تظهر في موقف الضغط النفسي بهدف جمع معلومات حول المشكلة وتقييم أفكار المسترشد الآلية والتي تسبب له مشكلات وظيفية.

- **الاستبيانات:**

قد يطور المرشد مجموعة من الاستبيانات الموجهة نحو استقصاء قدرات ومهارات المسترشد للتوافق مع الضغط النفسي وبناء عليه يحاول المرشد معرفة ما هي المهارات المعرفية والسلوكية التي يفتقر لها المسترشد للتعامل مع التوتر والضغط النفسي.

3. **مرحلة العلاج:**

عند الوصول إلى هذه المرحلة يكون المرشد قد حقق هدفين، الأول يتمثل في فهمه لأسباب عدم قدرة المسترشد على التعامل مع قضايا الضغوط والتوتر النفسي، والثاني يتمثل في زيادة قدرة المسترشد على الوعي الذاتي لأفكاره وللعوامل المعرفية المرتبطة بالمشكلة. والهدف الأساسي للعلاج محاولة إكساب المسترشد عدداً من المهارات الملائمة للتعامل مع مواقف التوتر والضغط (ضمرة، 2008، ص 223 – 226).

ومن المعتاد في العمل مع حالات الاضطرابات النفسية والعقلية أن يُستخدم أحد أسلوبين لتقويم المشكلات، وذلك باستخدام الاختبارات النفسية. ففي الأسلوب الأول تجرى المقارنة بين مجموعة مرضية، ومجموعة أخرى ليس لديها اضطرابات. أي هي طريقة الجماعات المقارنة وفيها تطبق مجموعة من الاختبارات على الجماعات الإكلينيكية وتقارن النتائج مع المجموعة الضابطة المتجانسة مع الأسوياء. ومثل هذه النتائج ذات قيمة تقويمية ضئيلة في الكشف عن طبيعة

الاضطراب، وعن الأسباب التي تكمن تحته وعما يمكن عمله لمواجهتها، فالإنجاز القاصر يمكن أن يحدث نتيجة لأسباب مختلفة. أما في الأسلوب الثاني، فإن نتائج الاختبارات ترجع إلى مجموعة معيارية (معايير) وتبحث عن اضطرابات معينة أي هي خاصة باضطراب معين وفيها يوضع فرض خاص بقصور الحالة المعينة أو المسترشد المعين في أداء معين وتستخدم الاختبارات للتأكد من صحته، وتقارن نتائج تلك الحالة بمعايير جماعة ضابطة مستخدمة ولكن التركيز في هذه الطريقة الثانية على اختبارات معينة وليس على المقارنة العامة. ولكن هذه الطريقة أيضا لا توضح ولا تعرف المشكلة، والتأمل في نتائج هاتين الطريقتين قد يؤدي إلى مجرد توضيحات افتراضية ولكن لا يوجد أساس للاختيار من بين تلك الافتراضات أو التصورات (باترسون، 1990، ص 125). ولوجود عيوب في كلا الأسلوبين، فإن الإرشاد أو العلاج السلوكي المعرفي يتبنى أسلوبا خاصا يعرف بالطريقة الوظيفية المعرفية.

2) الطريقة المعرفية الوظيفية Approach Cognitive – Functional:

يتضمن التحليل الوظيفي للسلوك فحصاً تفصيلياً للمقدمات والنتائج البيئية (المثيرات والمعززات) في علاقتها بالاستجابات. ويتطلب ذلك تحديدا دقيقا لفئة السلوك، ومعرفة لتكرار الاستجابات في المواقف المختلفة. وترجيح أو ضبط للأحداث البيئية لإظهار العلاقات السببية. ويركز التحليل المعرفي الوظيفي على الدور الذي تقوم به الجوانب المعرفية بالنسبة لمخزون السلوك. ويحتاج المرشد أن ينخرط في الواجب، أو المهمة حتى يستكشف العوامل التي تؤدي إلى ضعف الأداء لدى المسترشد. ويشتمل تحليل المهام Task Analysis على تجزيء الواجب إلى مكونات أو إلى استراتيجيات معرفية مطلوبة للقيام به بدءاً بتفهم طبيعة المهمة أو التعليمات (الشناوي، 1994 ، ص 131). وبعد ذلك تتم عدة معالجات والتي حددها ميكينبوم بالآتي:

1. تعديل المطلب (الواجب) بطرق متنوعة تسمح بتقويم قدرات المسترشد وقصوره تحت مختلف الظروف.
2. تبديل المتغيرات البيئية التي ليست من متغيرات المطلب نفسه وذلك مثل حضور أو غياب المشتتات أو العوامل الشخصية التفاعلية، وذلك يسمح بملاحظة مظاهر الموقف التي تسهل أو تعرقل الأداء.
3. تزويد المسترشد ببعض المدعمات على شكل معاونات أو استحثاث للسرعة، وملاحظة التغيرات في الأداء.

وهكذا يقتضي التقويم المعرفي الوظيفي اعتبار المسترشد موضوعاً للفحص التجريبي. وهذا يقود إلى مقترحات علاجية، ويتداخل التقويم مع العلاج أو يتزامنان، فتقويم أصناف القصور والإمكانات يسير مع العلاج جنباً إلى جنب. (Meichenbaum , 1977, 236 – 242).

وفي هذه الطريقة ثمة سؤالين نحتاج للإجابة عليهما وهما:

أ. ما هي الجوانب التي يخفق المسترشد في أن يقولها لنفسه، والتي إذا وجدت فإنها تساعد على الأداء الملائم، وإلى السلوك التكيفي؟

ب. ما هو محتوى المعارف الذي يشوش على السلوك التكيفي؟

وهناك عدة وسائل للإجابة على هذين السؤالين، منها:

1) المقابلة الإكلينيكية:

تبدأ المقابلة المبدئية باستكشاف مدى المشكلة ومدتها كما يعبر عنها المسترشد. وكذلك التعرف على توقعات المسترشد من العلاج. بعد ذلك يطلب المعالج المعرفي السلوكي من المسترشد أن يتخيل أحداثاً (مواقف) تنطوي على مشكلات شخصية، وأن يسجل أفكاره وتخيلاته وسلوكياته قبل وأثناء وبعد هذه الأحداث المتخيلة. ثم يستكشف المعالج وجود أفكار ومشاعر مشابهة في مواقف

أخرى، أو في مراحل مبكرة من حياة المسترشد، وقد يطلب المعالج من المسترشد أن يبحث عن هذه الأفكار والمشاعر الشبيهة خلال الأسبوع التالي لهذه المقابلة.



2) الاختبارات السلوكية:

في هذا النوع من الاختبارات يندمج المسترشد في سلوكيات ذات صلة بمشكلته سواء في المختبر، أو في موقف من مواقف الحياة العادية. ويتبع ذلك استكشاف الأفكار والمشاعر خلال هذه الخبرة، وفي موقف المختبر فإنه يمكن تصوير الموقف بالفيديو، ومن ثم يمكن إعادة عرض شريط الفيديو ومناقشته مع المعالج، ويمكن أن يطلب من المسترشد أن يفكر بصوت عال أثناء الاختبار السلوكي، ومع أن إعادة السلوك في المختبر والتفكير بصوت عال أثناء الأداء قد يكون عرضة لعدم الدقة أو التشويش، إلا أنها يمكن أن تظهر نموذج من التفكير لدى المسترشد. كذلك قد تستخدم اختبارات شبيهة باختبارات تفهم الموضوع(T.A.T)، ولكنها مرتبطة بمشكلة المسترشد ويكون الغرض منها التعرف على أفكار ومشاعر المسترشد والمتصلة بسلوكه. وكذلك تستخدم مجموعة من الاختبارات النفسية التي تقيس العمليات المعرفية مثل: اختبارات الإبتكار وحل المشكلات، ويسجل المسترشد أفكاره التي دارت في نفسه أثناء أدائه الاختبار. كما قد تجري مثل هذه الاختبارات في صورة جمعية وخاصة إذا كان المسترشدون يعانون من نفس المشكلة، واستكشاف

أو استيضاح الأفكار والمشاعر على أساس جماعي يمكن أن يجعل المسترشدين يؤدون دورهم بموضوعية وذلك يقود إلى كشف الذات واختبارها.

إن التقويم المعرفي الوظيفي قد يقود المسترشد إلى أن يأخذ في الاعتبار ذلك الجزء من المشكلة المرتبط بما يقوله لنفسه، وإلى أن يدرك أن الفرد يمكنه أن أن يضبط ويغير أفكاره إذا أراد. وقد لا يعي المسترشد أو لا يدرك ما يقوله لنفسه، بسبب طبيعة التوقعات والاعتقادات التي تعود عليها والتي تجعل من المحتمل أن تصبح عمليات التفكير والتخيل عمليات آلية. أو تبدو كما لو كانت غير اختيارية شأنها في ذلك شأن كل الأفعال التي ازداد تعلمها وأداؤها حتى أصبحت كعادة سلوكية. (باترسون، 1990، ص 126 – 127).

3) إدخال العوامل المعرفية في أساليب الإرشاد السلوكي:

Cognitive Factors in Behavior Therapy Techniques:

لقد ركزت أساليب الإرشاد السلوكي على أهمية الدور الذي تقوم به الأحداث البيئية (سواء الأحداث التي تقع قبل الاستجابة أو المعززات التي تتبعها)، كما بالغت في التقليل من أهمية العوامل المعرفية في هذه الأساليب. ويؤكد ميكنبوم على أن البحوث التي قام بها مع زملائه قد أوضحت على الرغم من أهمية الأحداث التي تقع في البيئة قبل السلوك أو نتيجة له، فإنها ليس لها الأهمية الأولى وإنما الذي يؤثر في سلوك المسترشد هو ما يقوله أو يحدث به نفسه حول هذه الأحداث. ومع ذلك فإن أساليب تعديل السلوك يمكن أن تستخدم لتعديل الحديث الذاتي الداخلي للمسترشد وكذلك سلوكياته، إلا أنه عندما نضيف إلى الأساليب السلوكية المعروفة أساليب التوجيه الذاتي (الحديث الذاتي) فإنها تصبح أكثر فاعلية ويكون التعميم أكبر كما تكون الآثار أكثر استدامة (الشناوي، 1994، ص 133).



1. إشراط تخفيف القلق Anxiety – Relief Conditioning:

هذا الأسلوب يتمثل في اقتران المثير المنفر مع تعبير الفرد وحديثه الداخلي مع نفسه، كأن يقول: اهدأ واسترخ، إذا تحمل الفرد مثيرا غير مستحب لمدة قليلة، ثم توقف أو أوقف المثير مباشرة بعد إشارة معينة، فإن هذه الإشارة ستصبح مشروطة مع التغيرات التي سوف تلحق، وهي إيقاف المثير غير المستحب. وقد استخدم ميكينبوم الصدمة الكهربائية العقابية لإزالة الخوف المرضي من الأفاعي. ومثال ذلك أن يقول المسترشد شيئا مخيفا، مثل: كلمة أفعى مثلاً، ويؤدي ترديدهم لهذا المثير المخيف إلى استشعار الخوف أو تخيله، ثم التعبير عنه بكلمات مثل: الأفعى قبيحة المنظر، وفي لحظة من لحظات القلق والخوف هذه يتعرض الفرد إلى صدمة لا تتوقف إلا إذا ردد العبارة الذاتية المخففة للقلق مثل: استرخ، أستطيع أن ألمسها، لا داعي للخوف. وترديد هذه العبارات وارتباطها بتوقف الصدمة يؤدي إلى الاسترخاء وتخفيف القلق.

2. التخلص المنظم من الحساسية "Systematic Desensitization":

إن التخلص المنظم أو التدريجي من الحساسية تبعاً لولبي (Wolpe) يزيل الخوف، لأن الخوف لا يتوافق مع الاسترخاء. ونزع الحساسية المنظم يمكن تعديله ليستفيد على نحو جيد من معارف المسترشد. والعنصر الاسترخائي في نزع الحساسية المنظم يمكن تبسيطه واختصاره عن طريق جعل المسترشدين يتبنون تهيئة عقلية من الاسترخاء عن طريق التعليمات الذاتية. (باترسون، 1990، ص

129) كما يمكن تعديل الجزء التخيلي بأن نجعل المسترشد يرى نفسه وهو يتعامل مع القلق عن طريق تخيل المنظر والتنفس ببطء وعمق والاسترخاء بالتعليمات الذاتية. وفي هذه الحالة فإن الخبرة المولدة للقلق تصبح مؤشراً للمواجهة والأداء رغم وجود القلق. وحسب باترسون فإن التغيرات المفترضة في أساليب نزع الحساسية المنظم منسجمة مع:

- الملاحظات التي تقرر أن نزع الحساسية يجب أن ينظر إليه على أنه أساليب نشطة من المواجهات المتعلمة، وأنه مهارة من مهارات ضبط الذات.
- إنه أفكار عامة عن القيمة العلاجية للتعامل مع القلق، وهي الحل المتوقع للمشكلة والدراما المعرفية (باترسون، 1990، ص 130).

3. النمذجة Modeling:

وهي طريقة يحصل فيها المسترشد على معلومات من الشخص النموذج، ويحولها إلى صور ومفاهيم معرفية ضمنية، وإلى حديث داخلي عنده ليعبر عنها بسلوك خارجي، وهو تقليد النموذج، ويعطي معلومات وأوامر لتوجيه المسترشد ليقوم بالعمل المطلوب منه، أكد باندورا أنه في تكنيك النمذجة يحول المشاهد للنموذج المعلومات التي يحصل عليها من هذا النموذج إلى صور معرفية إدراكية خفية وإلى استجابات لفظية مكررة، وتلك الاستجابات هي التي تستخدم فيما بعد كمؤشرات للسلوك العلني ومثل هذه الاستجابات اللفظية تكون بالضرورة تعاليم ذاتية، والنمذجة الواضحة لمثل هذه الاستجابات تساعد على تغيير السلوك، والأفراد الذين يقومون بدور النماذج يمكنهم التفكير بصوت أثناء ما يقومون به من استجابات خفية تشمل ليس فقط عرض وإيضاح السلوك البارع، ولكن أيضا سلوك المجابهة ويشمل مواجهة ومعالجة الشكوك الذاتية والإحباطات وينتهي بعبارات تعزيزية تعقب النجاح. إن بحوث ميكينبوم وآخرين أظهرت أن هذه الطريقة أكثر فاعلية من تكنيك النموذج العادي (باترسون، 1990، 130).



ويفسر ميكينبوم (1971) طريقته على الأساس النظري التالي:

- إن الأفكار هي تعليمات تستعمل في تنمية المهارات السلوكية وهذه التعليمات كانت على مستوى الوعي عندما بدأ الفرد في تعلم هذه المهارات وبعد تعلمها فإن التعليمات اختصت من شعور الفرد وأصبح بذلك أداء السلوك تلقائياً.
- ولما كانت للتعليمات غير الطبيعية أن يتعلمها الفرد لها أن تؤدي إلى سلوك غير طبيعي، إذا كانت التعليمات خاطئة فإن الفرد يعاني في فترة لاحقة من القلق عند قيامه بأداء سلوكه وأنماط السلوك العدواني قد لا تزول، ذلك أنها قد بنيت على أساس مجموعة من التعليمات التي ربما كانت مفيدة في سن الصغر غير أنها في الحاضر قد أصبحت مسالك غير تكيفية.
- والعلاج هنا يتألف من تعلم مجموعة جديدة من التعليمات وذلك عن طريق النمذجة وإذا كان القلق مرتبطاً بالسلوك فإن المريض يوضع في حالة استرخاء وبالتالي تنبع مجموعة جديدة من التعليمات. (كمال، 1995، ص 293 – 294)

4. الإشراط المنفر Aversive Conditioning:

تقترن في الإشراط المضاد الاستجابة غير المرغوبة بإشراط مضاد مثل الصدمة التي تتوقف مع توقف تلك الاستجابة غير المرغوبة، وفي الأسلوب المعرفي السلوكي تتسع الاستجابة غير المرغوبة لتشمل المعارف في شكل عبارات وتصورات ذاتية، ففي علاج التدخين مثلا تتوقف الصدمة عندما يطفئ المسترشد السيجارة وأيضا عندما يصدر هو شخصيا عبارات ذاتية مختارة تتعلق بسلوك التدخين مثل " لا أريد زرع سرطان في صدري " مثلا وهذا الأسلوب أكثر فاعلية من الأسلوب العادي الذي ورد بدراسة ميكينبوم، وتفسير التأثير الواضح للتكرار أو الإعادة العقلية لم يتضح بعد ولكنه ربما كان مرتبطا بالعرض الأفضل للمثيرات الضمنية التي ساعدت على السلوك غير المتوافق مع البيئة ومرتبطا بوجود مؤشرات موقفية كثيرة مختلفة في عمليات التدريب وبالاندماج والانفعالي الأكثر (باترسون، 1990، ص 130)، (جمعة، 2002، ص 74).

4) طريقة التدريب على التحصين ضد الضغوط:

Stress – Inoculation Training:

إن طريقة التدريب على التحصين ضد الضغوط هي من طرق الإرشاد السلوكي. المعرفي التي تطبق لتحصين الفرد ووقايته من الأمراض والاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية. وهي شكل من أشكال إعادة الهيكلة المعرفية ووسيلة لتغيير أنماط التفكير لدى الأفراد عن انفسهم. ويعدها يستطيع المتعالج إعادة هذه المهارات حينما يواجه بمواقف (أحداث) باعثة على الضغط النفسي بشكل تدريجي.

تشبه هذه الطريقة عملية التطعيم ضد الأمراض العامة، وهي أحد الأساليب التي تأخذ جانب من الجوانب العلاجية السلوكية وتقوم على افتراض مساعدة الأفراد على التعامل مع مواقف الضغط النفسي قبل مواجهتها، وعلى مساعدتهم على التكيف بفعالية مع مثيرات ضاغطة بسيطة الشدة بهدف التوافق

مع مثيرات ضاغطة شديدة الشدة. بالرغم من أن الدراسات الاجتماعية النفسية التي تناولت مواجهة الإجهاد أو الضغط النفسي لم تتعرض للتوضيحات الذاتية، إلا انها تشير إلى الكيفية التي بها يستجيب الفرد إلى الضغط النفسي متأثرة إلى حد كبير بالكيفية التي يقوّم بها ذلك الفرد مصدر الضغط، أو متأثرة بما يعزو هو إليه ما يشعر من إثارة، ومتأثرة بالكيفية التي يقوّم بها نفسه وقدرته على الصمود أو المواجهة. فالتوضيح الذاتي أو التلقين الذاتي المرتبط بموقف الضغط النفسي والقدرة على المواجهة له تؤثر في سلوك الفرد في هذا الموقف.(باترسون، 1981، ص 121)

وهذا الأسلوب متعدد الأوجه نظراً لما يحتاجه من مرونة في مواجهة المواقف المتنوعة للضغوط وكذلك لوجود فروق فردية وثقافية وأيضاً لتنوع أساليب المواجهة.

و تشتمل طريقة التحصين ضد الضغوط على ثلاث مراحل هي:

1. مرحلة التعليم:

وتسمى أيضاً مرحلة التصور "Conceptualization" وفي هذه المرحلة يزود المسترشد بإطار تصوري لفهم طبيعة ردود الفعل الصادرة عنه تجاه الضغوط، ويكون ذلك بأسلوب بسيط، ويكون الهدف من تحديد هذا الإطار هو مساعدة المسترشد على أن ينظر للمشكلة بشكل منطقي وأن يتعاون مع الإرشاد المناسب. ويقدم فيها للمتعالج الأسلوب التكيفي السوي الذي يتيح له أن ينظر في ردود الأفعال السلبية تجاه الضغوط النفسية وتفهمها بدقة. والأساس المنطقي لذلك، هو أن الانفعالات السلبية المرتبطة بالمواقف الضاغطة والشدائد النفسية تكون بسبب الطريقة التي ينظر فيها الشخص للموقف وتفسيره له أكثر من الموقف ذاته، ويتم إخبار المتعالجين أن بإمكانهم تعلم مهارات التكيف والتعامل ومهارات ضبط الذات لتتيح لهم إعادة تشكيل هذه المواقف وتصورها من جديد، وبالتالي التعامل

معها بدون أن يكون لها آثار انفعالية سيئة. وعلى سبيل المثال فإنه عند دراسة حالة أحد المسترشدين يعاني من مخاوف (فوبيا) متعددة، وبعد مقابلة تقويمية أعد إطار خاص بالقلق لدى هذا المسترشد على أنه يشتمل على عنصرين أساسيين:

أ. استثارة فيزيولوجية عالية (زيادة ضربات القلب، سرعة التنفس، عرق اليدين وغيرها).
ب. مجموعة الأفكار الهروبية المولدة للقلق (الإحساس بانعدام الحيلة وأفكار الألم والرغبة في الهروب وغيرها).

ثم إن المسترشد قد أخبر ذلك أن العبارات التي يقولها لنفسه أثناء استثارة القلق قد أدت إلى سلوك التجنب الانفعالي وأن العلاج سيتجه إلى:

- مساعدة المسترشد على ضبط الاستثارة الفيزيزلوجية.
- تغير العبارات الذاتية التي تمت تحت ظروف الانضغاط.

ثم إن المسترشد قد شجع بعد ذلك على أن ينظر إلى خوفه أو ردود فعل الانضغاط لديه على أنها تتكون من أربعة مراحل وهذه المراحل هي:

- الإعداد للضاغط.
- مواجهة الضاغط والتعامل معه.
- احتمال أن يكون الضغط شديداً عليه.
- تعزيز نفسه على أنه قد واجه الضغط.

2. مرحلة التكرار:

وتسمى ايضاً مرحلة اكتساب المهارات والبروفات وتكرارها أو إعادتها "Skills Acquisition and Rehearsal Phase"، حيث يقوم المرشد في هذه المرحلة بتزويد المسترشد بأساليب المواجهة والتي تشمل على إجراءات مباشرة ووسائل مواجهة معرفية يستخدمها في كل مرحلة من المراحل الأربع السابقة.

وتشتمل الإجراءات المباشرة على الحصول على معلومات حول الأشياء المخيفة له والإعداد لطرق الهروب والتدريب على الاسترخاء. أما المواجهة المعرفية فتشتمل على مساعدة المسترشد أن يصبح واعياً بالعبارات السلبية القاهرة للذات واستخدامها كإشارات على تكوين عبارات ذاتية غير مناسبة للمواجهة.

وفيما يلي أمثلة لكل مرحلة من المراحل الأربع المذكورة في المرحلة الأولى:

- تستطيع أن تعد خطة للتعامل مع الضغط (الخوف).
- استرخي خذ نفساً عميقاً.
- عندما يأتي الخوف توقف.
- لقد نجحنا. (الشناوي، 1994، ص 136)

وفي هذه المرحلة يتم تعليم المتعالج مهارات التكيف والتعامل المناسبة لأشكال الضغوط النفسية والشدائد التي يخبرها. ففي حالة القلق البينشخصي مثلاً "Interpersonal Anxiety" (القلق الاجتماعي)، نساعد المتعالج في تطوير المهارات التي تجعل الموقف المخيف أقل تهديداً له. ويمكن أيضاً أن يتعلم الاسترخاء التصاعدي للعضلات وذلك من أجل خفض التوتر المرافق للضغوط النفسية والموقف.

3. مرحلة التدريب التطبيقي Application And Follow:

وتحدث بعد أن يتعلم المسترشد مهارات التكيف ويتقنها، يصبح جاهزاً لتطبيقها عملياً كخطوة أخيرة. ففي هذه المرحلة يصبح المسترشد ماهراً باستخدام أساليب المواجهة، حيث يُواجه سلسلة مواقف باعثة على التوتر والضغوط النفسية، وتتحداه للسلوك والتصرف حيالها، ويمكن له هنا إعادة بعض المهارات التي تعلمها سابقاً من أجل التعامل مع الموقف الجديد الحالي. ويمكنه أن يتخيل أنه يواجه ظروفاً ومواقف باعثة على الضغط والشدة النفسية، وأنه استطاع أن يرتبها بتسلسل جديد جيد.

ونستطيع تلخيص المراحل الثلاث السابقة بالآتي:

المرحلة الأولى:

مرحلة إدراكية يتم التركيز فيها على خلق علاقات عمل وفهم أفضل لطبيعة الضغط وإعادة صياغة للمفاهيم.

المرحلة الثانية:

مرحلة اكتساب المهارات يتم التركيز فيها على تقديم أساليب وتقنيات متنوعة من السلوكيات والمعارف التكيفية لتطبيقها على المواقف الضاغطة.

المرحلة الثالثة:

تتضمن التدريب والتخطيط لطرق تخفف من الضغط، مثل تقديم المعلومات وحل المشكلات والاسترخاء.

وتستخدم طريقة التدريب على التحصين ضد الضغوط (S.I.T) حسب – عبد الله – في مجالات متعددة مثل:

- تستعمل هذه التقنية خصيصاً للتعامل مع المواقف الضاغطة " Stressful Situation" والشدة النفسية "Stress" والتكيف معها.
- لقد ساعدت هذه التقنية عدداً من الأفراد في التعامل مع الغضب والقلق والخوف والألم، ومع المشكلات المرتبطة بالصحة (كالسرطان والضغط الشرياني المرتفع).
- إن هذه التقنية تبدو مناسبة لكافة المستويات. فهناك العديد من المجموعات، تلقوا هذه الطريقة وتدربوا عليها لمساعدتهم في التعامل مع الضغوط والشدائد النفسية المرتبطة بالعمل مثل مهن التمريض، التعليم والتدريس، السكرتارية، ومديري المكاتب، والجنود، ورجال الأعمال.

- إضافة إلى استخدام هذه التقنية للتحصن ضد الضغوط والشدائد النفسية، فإنها (SIT) ما تزال تستعمل لمنع الآثار الضارة والمعاكسة للإجراءات الطبيَّة والسِّنيَّة والوقاية منها. (عبد الله، 2000، ص 550).

5) أساليب إعادة البنية المعرفية:

Cognitive – Restructuring Techniques:

هناك مجموعة من الطرق العلاجية توضع تحت مسميات العلاج بإعادة البنية المعرفية أو العلاج بالدلالات اللفظية (العلاج المعنوي) "Semantic Therapy". وتركز هذه الطرق على تعديل تفكير المسترشد واستدلالاته وافتراضاته. وتمثل هذه الطرق ما يعرف عادة باسم العلاج الموجه بالاستبصار "Insight Oriented Therapy"، وفي الواقع فإن هذه المجموعة الواسعة من الطرق تهتم بالجوانب المعرفية لدى المسترشدين بطرق تختلف من معالج لآخر مما يؤدي إلى أساليب علاجية متنوعة. **وفيما يلي بعض التصورات حول الجوانب المعرفية لدى المسترشدين:**

1. العمليات المعرفية باعتبارها انظمة تفكير غير عقلاني:

يدخل في هذا التصور النموذج الذي قدمه "إليس" (Ellis) الذي يرى أن الأفكار غير العقلانية هي التي تؤدي إلى الاضطراب السلوكي والاضطراب الانفعالي.

2. العمليات المعرفية باعتبارها انماط تفكير خاطئ:

يدخل في هذه المجموعة النموذج الذي قدمه "بيك" (Beck) الذي يركز على أنماط التفكير المشوه أو المحرّف الذي يتبناه المسترشد أو المريض.

3. الجوانب المعرفية كأدلة على القدرة على حل المشكلات ومهارات التعامل:

وهي عملية سلوكية معرفية سواء ظاهرة أم خفية تقدم بدائل فعالة للتعامل مع المواقف المشكلة وتزيد من احتمالية اختيار الاستجابة الأكثر فعالية من بين بدائل متعددة. ويختلف الأفراد في ردود فعلهم نحو المواقف والمشكلات، وسبب الاختلاف في ردود الفعل ناتج عن اختلاف الاستراتيجيات التي يتبعها الفرد لحل مشكلاته وللتكيف مع مصادر الضغط التي تواجهه. وقد قدم ميكينبوم القيمة العلاجية لتعليم الأفراد مهارات حل المشكلات كمهارة من المهارات المستندة إلى الجانب المعرفي كمكوّن أساسي في عملية التوافق العام.(ضمرة ، 2008، ص 246)

6) طريقة التدريب على التعليمات الذاتية: Self – Instruction

وتقوم هذه الفنية على أساس أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها حيث أن سلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته ويعتبر الحديث الداخلي أحد هذه الأنشطة. ومن الطرق المرتبطة بأسلوب تعديل المحتوى الفكري والحوار الداخلي ما يسمى بالإيقاف المتعمد للأفكار غير المرغوبة، إذ يطلب المعالج من المريض أن يفكر بطريقة متعمدة في الفكرة التي تسبب له التعاسة ثم يطلب منه بعد ذلك أن يشير بإصبعه عندما تكون الفكرة قد تبلورت وفور ظهور الإشارة الدالة على تكوين الفكرة وتبلورها يهتف المعالج "توقف"، ومن الواضح أن هذا الأسلوب يمكن استخدامه ذاتيا باستبدال أوامر من المعالج بأوامر من الذات وهذا ما يحدث بالفعل.

وقد بدأ ميكينبوم نموذجه مع مرضى الفصام وتدريبهم على نوع من الحديث الصحي وذلك باستخدام أساليب الإشراط الإجرائي، حيث لاحظ ميكيتبوم أن بعض المرضى كانوا يقولون نفس العبارات أثناء المقابلات التتبعية لتقويم فاعلية الطريقة حيث كانوا يقولون " تحدث حديثا صحيحا، كن متماسكا وملائما " وهم بذلك كانوا منخرطين في نوع من الأحاديث الذاتية

التلقائية. (عبد العزيز، 2001، ص 55). وإن الحديث الذي يتم داخل الفرد يؤثر عليه ويغير البنية المعرفية التي تعطي نسق المعاني أو المفاهيم التي تمهد لظهور مجموعة معينة من الجمل أو العبارات الذاتية.

إن الأبنية المعرفية تحدد طبيعة تغيير الحديث الداخلي ولكن تغيير المحادثات الداخلية تؤدي أيضا لتغيرات في الأبنية المعرفية الأمر الذي يجعل ميكينبوم ينظر إلى هذه العملية على أنها دائرية. ويرى ميكينبوم أن فنية تقديم التعليمات للذات تتطلب تدريب المريض مع نفسه باستخدام خطة مكونة من خمس خطوات بالإضافة إلى سلسة من الاستجابات التقريبية، وتتكرر هذه الخطوات حتى يمكن للفرد القيام بكل مستوى بطريقة مريحة، وتتم الخطوات على الشكل التالي:

- يقوم المدرب بإنجاز مهمته وهو يتحدث إلى نفسه بصوت عال مسموع / نموذج معرفي.
- يقوم الفرد بإنجاز المهمة بصوت عال / توجيه ذاتي – صريح.
- يقوم الفرد بإنجاز مهمته هامسا لنفسه بالتعليمات / توجيه ذاتي هامس.
- يقوم الفرد بإنجاز مهمته بصوت خفي مقدما لنفسه التعليمات / توجيه ذاتي خفي. (الطيب، 1990، ص 89) ، (حافظ، 2000، ص 45).

وتعتبر فنية التعليمات الذاتية أسلوب من أساليب الضبط الذاتي حيث يصبح الفرد متحكما فيه من خلال الألفاظ الذاتية الداخلية الخاصة به. وقد رأى ميكينبوم أن التدرب على التعليمات الذاتية كان أكثر فعالية في مساعدة الأطفال على أن ينسبوا النتائج إلى أنفسهم وإلى جهودهم بدلاً من نسبتها إلى الحظ أو الصدفة أو العجز. وقد استنتج ميكينبوم أن التدريب على التعليمات الذاتية يمكن أن يكون فعالاً في تغيير أساليب نسبة الأشياء المعرفية للأطفال، ولكنه تحفظ مشيراً إلى أن هذه الفاعلية لم تتأكد بعد بصورة كاملة. (باترسون، 1990، ص 118).

إن التدريب على التعليمات الذاتية لن يكون فعالاً ما لم يتم إبراز المفاهيم والمهارات الضرورية، فعلى سبيل المثال لن يؤدي التدريب على التعليمات الذاتية إلى تحسن الأداء في الحساب إذا كانت المهارات الأساسية قاصرة. فتعليم الأطفال الاستجابة إلى الأوامر اللفظية الموجهة ذاتياً مثل "توقف وفكر" سوف لا يؤدي إلى زيادة تحسن الأداء في مطالب معينة ما لم تكن المهارات الضرورية المطلوبة للأداء موجودة بالفعل ضمن المخزون التعليمي لهؤلاء الأطفال. (Meichenbaum,1977,P 30)

كما أن الأعمال، أو الأداء العملي قد لا يتبع التلفظات ما لم يكن هناك دافع أو حافز لأداء هذه الأعمال، فتعزيز التتابع بين السلوك اللفظي وغير اللفظي يزيد من تكرار وقوع العمل عقب التلفظ، فاللغة وحدها لن تغير السلوك ولكن التفكير أيضاً ضروري، والتفكير قد يحدث من غير لغة ملفوظة، ولكن اللغة تزيد من التفكير بدرجة هامة، وبالتالي تغيير السلوك هذا هو الأمل المتطلع إليه من أسلوب التعليمات الذاتية كعلاج معرفي للسلوك. (باترسون، 1990، 120).

سابعاً: تقويم النظرية:

يستمد الإرشاد المعرفي السلوكي جذوره من أرضية مزدوجة أحد عناصرها الإرشاد السلوكي الذي يستخدم آلية التعلم وإعادة التكيف كوسيلة لتغيير السلوك وعنصره الثاني هو الإرشاد المعرفي المرتكز على الأفكار في صياغة السلوك. ويعتبر الإرشاد المعرفي السلوكي محاولة لتضييق الفجوة بين الاهتمامات المعرفية وتكنولوجيا الإرشاد السلوكي. وهذا المنحى الإرشادي منحى منظم ويتم عبر مراحل أساسية ثلاث مدروسة ومحددة، ففي المرحلة الأولى يقوم المرشد بتشجيع المسترشد على ملاحظة ذاته بهدف زيادة وعيه بظروف الموقف، وأن يطور تصوراً لطرق بديلة أكثر فائدة. ويتم في المرحلة الثانية تطوير أسلوب تفكير جديد وسلوكيات جديدة. وتأتي المرحلة الثالثة لتركز الجهود على توسيع نطاق

استخدام المسترشد لمهاراته الجديدة في مواقف جديدة. والمهم هنا أن يتعلم المسترشد أن ما يحققه من نجاح وتقدم يعود إلى ذاته.

إن نظرية الإرشاد المعرفي السلوكي التي قدمها لنا ميكينبوم هي في الواقع نظرية تجمع بين التقنيات السلوكية والتكنيكات المعرفية، لكنها سلوكية بدرجة أكبر كما هو الحال مع بعض السلوكيين الذين أقروا بفائدة وفعالية العلاج المعرفي فاستخدموا بعض من فنياته. ويرى "باترسون" أن العلاج السلوكي المعرفي عند ميكينبوم ليس مجرد علاج سلوكي مضافا إليه بعض الأساليب المعرفية كما حدث في مجموعة من الطرق التي أقترحها بعض المعالجين السلوكيين الذين قرروا أهمية الأساليب المعرفية، مثل: (جولد فريد، ودافيسون، واليري، وويلسون)، بل إن طريقة "ميكينبوم" تتجه نحو المعرفية أكثر من اتجاهها نحو السلوكية. (باترسون، 1990، ص 136)

رغم أن التقارب بين المناهج السلوكية والمعرفية لم يحدث نتيجة اكتشافات مفاجئة، ولكن يبدو أنه حدث نتيجة اعتراف السلوكيين بأنهم يتعاملون فعلاً مع عمليات معرفية داخلية مثل الأفكار والإدراكات والحديث الداخلي، ويرى "ماهوني" و"أرنكوف" أن هناك ثلاث صور رئيسة من العلاج المعرفي السلوكي هي:

1. العلاج العقلاني.
2. العلاج الذي يتناول تحسين مهارات التعامل والمواجهة.
3. العلاج من خلال حل المشكلة.

ويؤكد النوعان الأخيران على الطرق الدقيقة والمفضلة لتعلم مهارات المواءمة والتأكيد وتوسيع القدرة على حل المشكلات. (مليكه، 1994، ص 69)

يتمثل منهج ميكينبوم في الجمع بين المنهجين المعرفي والسلوكي أحسن تمثيل مثل النمذجة والمهام المتدرجة والتمرينات المعنية والتدعيم الذاتي. وقد استنتج ميكينبوم أن التفكير والإدراك والبناءات المعرفية السلوكية وحديث الفرد الداخلي مع نفسه وكيفية عزوه للأشياء تتدخل كلها في عملية التعلم وهذه بالتالي لها دور في التأثير على سلوك الفرد.

إيجابيات النظرية:

- تهتم نظرية ميكينبوم بما يقوله الناس لأنفسهم ودوره في تحديد سلوكهم. ويمكن للعلاج المعرفي السلوكي أن يساعد الفرد على كسر هذه الحلقة المفرغة من التفكير المشوش والمشاعر والسلوك غير المتوافق.
- إن محور الإرشاد يرتكز على تغيير الأشياء التي يقولها المسترشد لنفسه - أي التي يحدّث بها نفسه، وذلك بشكل مباشر أو بشكل ضمني، الأمر الذي ينتج عنه سلوك وانفعالات تكيفية بدلا من السلوك والانفعالات غير المتكيفة.
- ينصب العلاج السلوكي المعرفي على تعديل التعليمات الذاتية التي يُحّدث بها المسترشدون أنفسهم، بحيث يمكنهم أن يتعاملوا مع مواقف المشكلات التي يواجهونها. وبالإضافة إلى إمكانية استخدام الأساليب الخاصة بنموذج "ميكينبوم" بشكل منفرد، فإنه يمكن إدماجها مع الأساليب السلوكية المعروفة، وكذلك مع الطرق الخاصة بإعادة البناء المعرفي (الشناوي، 1994، ص 139).
- إن اهتمام "ميكينبوم" بما يُحّدث الناس به أنفسهم، وأثره على سلوكهم وانفعالاتهم التكيفية المضطربة أمر له أهمية خاصة، حيث أغفلت المدرسة السلوكية الجوانب المعرفية في تفسيرها للسلوك والتعلم وكذلك في العلاج النفسي.
- انتقل ميكينبوم خطوة للأمام من ذلك الموقف الذي تتبناه مدرسة العلاج السلوكي في تفسيرها للسلوك، وفي معالجتها لهذا السلوك، كما أنه أجرى بحوثا استدل منها على أهمية حديث الذات، أو الديالوج الداخلي في السلوك.

- حاول ميكينبوم أن يطور علاجا معرفيا سلوكيا مبنيا على دراسة ما يقوله الناس لأنفسهم وتأثير ذلك على سلوكهم، فانطلق من تلك الزاوية بنظرية تركز على تغيير الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم صراحة أو حتى ضمنا ، وبالتالي تؤدي إلى سلوك غير فعال، ومن ثم إلى اضطراب في كثير من الأحيان. وهنا نقول أن العلاج الذي تتمثله هذه النظرية هو تدريب المسترشد على تعديل التعليمات الذاتية التي يوجهها لنفسه حتى يستطيع بذلك مواجهة المشكلات، ومن تلك الناحية تكمن أهمية الحوار الداخلي للفرد وضرورة إيجابيته وعقلانيته لكي يكون فردا أكثر توازناً.
- من أكثر الجوانب التي تميز بها هذا الأسلوب من العلاج بأنه استخدم تلك الطريقة للتدريب التحصيني ضد القلق، فهو يبني المقاومة للقلق خلال برنامج يعلم المسترشد كيف يواجه مواقف متدرجة من القلق، وأسلوب التدريب متعدد الأوجه في طبيعته ليكون مرنا بسبب تعقيد حيل المواجهة وتنوع مواقف القلق، وبسبب الفروق الفردية والثقافية.
- إن التدريب على التحصين ضد الإجهاد النفسي يستخدم بنجاح في تعليم الكفاءة الشخصية ويستخدم لدى الأفراد الذين يعانون من مشكلات ضبط الغضب مثلا، ويقدم لعلاج الكثير من المشكلات، ولكن ليس بديلا عن الأساليب العلاجية الأخرى، ومن المأمول أن يصبح هذا التدريب أسلوبا وقائيا لكثير من المشكلات.
- قدم ميكينبوم إضافة جديدة وأعطى بحثا مفيدا وذهب إلى أبعد من مجرد العلاج السلوكي أو حتى المعرفي بل قام بتقديم نظرية عامة وشاملة حول هذا العلاج.
- إن العلاج السلوكي المعرفي – كما يرى جمعة – من أكثر العلاجات فعالية للحالات التي يكون فيها القلق أو الاكتئاب هو المشكلة الرئيسية. وإنها العلاج النفسي الأكثر فعالية لحالات الاكتئاب الشديدة والمتوسطة. ويعد تأثير العلاج المعرفي السلوكي كتأثير مضادات الاكتئاب في العديد من أشكال الاكتئاب وربما يكون أكثر فعالية بقليل من مضادات الاكتئاب في علاج

القلق. كما أنه لا يجب استعمال المهدئات لعلاج القلق لفترة طويلة فالعلاج المعرفي السلوكي هو الخيار الأفضل. (جمعة، 2002، ص 64)

- يرى مليكة انه يوجد دليل على أن العلاج (الإرشاد) السلوكي المعرفي يساعد في معالجة مجموعة الاضطرابات والأمراض النفسية مثل:

  - القلق.
  - الاكتئاب.
  - نوبات الذعر.
  - رهاب الخلاء والرهابات الأخرى.
  - الرهاب الاجتماعي.
  - الشره المرضي.
  - اضطراب الوسواس القهري.
  - الاضطراب النفسي ما بعد الصدمة.
  - الفصام (مليكه، 1994، ص 79).

- لفت ميكنبوم الانتباه إلى أهمية التعليمات الذاتية والحوار الداخلي والتي تعتبر جزءاً هاماً مما يجري في كل علاج ناجح.
- إنها نظرية ناجحة حاولت تطوير إرشاد معرفي سلوكي مبني على دراسة ومستخدم لتقنيات فاعلة.

ويمكن القول بأن المسترشد يكون لديه قبل الإرشاد أحاديث ذاتية سلبية وكذلك تخيلات غير مناسبة. ويحاول المرشد أثناء عملية الإرشاد أن يهتم بالعبارات الذاتية لدى المسترشد وأن يزيد من وعيه وانتباهه ليركز على أفكاره ومشاعره وردود الفعل الفيزيزلوجية والسلوكيات المتصلة بعلاقاته الشخصية. وتؤدي هذه العملية إلى أبنية معرفية جديدة تسمح للمسترشد بأن ينظر إلى المشكلات الخاصة به في صور مختلفة. فعملية إعادة التصور والتي تتم بمساعدة المرشد تؤدي إلى إعادة تعريف المشكلات بطرق تعطي المسترشد إحساس بالتفهم

والضبط والأمل اللازم لإجراءات التغيير. فعملية إعادة التصور تعتبر مشتركة بين المرشد والمسترشد كما أن تقبل أو موافقة المسترشد عليها تعتبر نتيجة ضمنية للتفاعل الذي يحدث في إطار العلاقة بين المرشد والمسترشد.

سلبيات النظرية:

- إن نموذج ميكينبوم لم يتضمن تصور لعمليات أخرى سوى أحاديث الذات (الخواطر)، وكأن التعلم والأداء السلوكي هو علاقة بسيطة بين مثير واستجابة. والمثير هنا والمعزز أيضا هو ما يُحّدث به الفرد نفسه، وكأنه ليس هناك دور لأي عملية معرفية أخرى سوى حديث الذات، دون الشعور بما يحدد السلوك.
- يعوز ميكينبوم المعيار الموضوعي الذي يمكن أن يحتكم إليه الفرد نفسه، فيكون تصحيحه ذاتياً ومنسقاً من وقت إلى آخر ويحتكم إليه المرشدون والمعالجون حين يحاولوا التعرف على موطن الخطأ في التفكير أو في التصورات أو المعتقدات أو فيما يحدث به الناس أنفسهم. فهم بذلك يضعون المعايير وينصبون أنفسهم حكاماً على مدى موافقة الجوانب المعرفية لدى مسترشديهم والتي يرون أنها سبب مشكلات هؤلاء المسترشدين، وفقاً لهذه المعايير التي افترضوها. (الشناوي، 1994، ص 140).
- إن نظرية ميكبنوم لم تتعامل مع العوامل الوجدانية بصورة ملائمة و الإشارة الوحيدة الصريحة التي أشار فيها ميكنبوم إلى الوجدان هي حين أفاد بأنه في عملية إعطاء المسترشد لنفسه تعليمات ذاتية جديدة فإنه يجب عليه أن يندمج في العملية بالمعنى الكامل و ليس فقط مجرد عملية ميكانيكية لتعلم الذات (باترسون، 1990، ص 137)
- لم تهتم هذه النظرية بالعلاقة بين المرشد والحالة إلا بالمظاهر المعرفية والتعليمية.

- لم يوضح ميكينبوم بصورة ملائمة كيف أن الأساليب العقلية والانفعالية والسلوكية العلاجية تتفاعل بدرجة هامة، وأنها ذات تأثيرات عميقة على بعضها بعض.
- إن ميكينبوم يركز في أسلوبه العلاجي على دور التعليمات الذاتية في العلاج، إلا أن مشكلة المسترشد قد تكمن بكونه تنقصه بعض المعلومات أو المهارات الضرورية.
- إن التعليمات الذاتية مشتقة من تعليمات الكبار التي يستدخلها أو يستنبطها الطفل أو يحفظها بصورة تراكمية ثم يستخدمها في ضبط سلوكه على النحو الذي قام العالمان الروسيان فيجوتسكي ولوريا Vygotsky and Luria اللذين استند إليهما ميكينبوم في نموذجه في التفكير واللغة لتفسير النمو العقلي واللغوي لدى الأطفال. حيث قدم فيجوتسكي اقتراحاً فحواه أن نمو اللغة والفكر والسلوك ترتبط ببعضها بعضاً وتتطور في ثلاث مراحل أثناء التنشئة الاجتماعية على الشكل التالي:

1. المرحلة الأولى: حيث يتم فيها السيطرة على سلوك الطفل بواسطة كلام الراشدين.
2. المرحلة الثانية: يبدأ الطفل في استخدام حديثه الخاص به لتنظيم سلوكه.
3. المرحلة الثالثة: تبدأ هنا الأحاديث الخارجية في الولوج للداخل ليبدأ في إعداد العمليات المعرفية الوسيطية.(مسعود، 2002، ص 40) نقلاً عن (Abikoff, 1991).

وكأن ميكينبوم في هذا المجال لم يأت بجديد في نظريته.

- إن النظرية السلوكية المعرفية لم تكتمل بعد في المستوى النظري أو التطبيقي.

الفصل الثاني عشر

الإرشاد (العلاج) بالواقع

Reality Counseling

- مدخل.
- المبادئ الأساسية للنظرية.
- أهداف النظرية.
- نظرة الإرشاد الواقعي للشخصية.
- عملية الإرشاد بالواقع.
- حاجات الشخصية واضطراباتها.
- أهم فنيات الإرشاد (العلاج) بالواقع.
- تقويم النظرية.

الفصل الثاني عشر

الإرشاد (العلاج) بالواقع

Reality Counseling

أولاً: مدخل:

يعتبر الإرشاد بالواقع من الاتجاهات العقلانية الحديثة في الإرشاد النفسي حيث تثق هذه النظرية بقدرة المسترشد على اتخاذ القرار وحل المشكلات والتفكير الناقد. إن الهدف الرئيس للإرشاد الواقعي هو مساعدة المسترشد على الشعور بالمسؤولية من خلال مسؤوليته الشخصية ومساعدته على تحقيق الهوية الناجحة. وفضلاً عن الهدف الرئيس من المسؤولية فإن المسترشدين يضعون أهدافاً أكثر صلة بهم مثل تحسين علاقة شخصية متبادلة خاصة. ويرى "الزيود" أن المرشدين الواقعيين يحاولون أن يعلموا المسترشدين طريقة في الحياة أو نظام العيش. (الزيود، 1998، ص 368)

ونظرية الإرشاد بالواقع أسلوب إرشادي وعلاجي نشط ويعتمد على الجانب اللفظي، وهو عقلاني بدرجة كبيرة ويتجه نحو تغيير السلوك، ويعتبر إستراتيجية وقائية أكثر منها علاجية. إنه فعال جداً مع الطلاب لأنه يثق بالطلاب وقدرتهم في اتخاذ قرارات دراسية، ويركز على حل المشكلات والتفكير الناقد والمهارات الاجتماعية بدلاً من التركيز على الحقائق. وترفض هذه النظرية جبرية السلوك وترى أن الطلاب عقلانيون أحرار في قدرتهم على توجيه حياتهم.

يعتبر ويليام جلاسر (William Glasser) مؤسس هذه النظرية ومطورها. فقد ولد "جلاسر" عام 1925 في مدينة كليفيلاند (ولاية أوهايو) في الولايات المتحدة الأمريكية، وحصل على الإجازة في الهندسة الكيمائية وعلى درجة الماجستير والدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي من جامعة كليفيلاند ثم تابع بحثه في الطب النفسي، حيث قضى آخر سنة من بحثه في مستشفى إدارة الأطباء

المتخصصين في لوس أنجلوس حيث وجد أن مَريضيَن قد تخرجا في سنة واحدة وهي نسبة ضئيلة مما أدى إلى اعتراضه على برنامج العلاج النفسي التقليدي المتبع فيها وتكوين آرائه الخاصة حول العلاج الواقعي (الزيود، 1998، ص 329). وفي عام 1957 عُرض على "جلاسر" منصب رئيس الأطباء النفسيين في مركز للفتيات الجانحات في كاليفورنيا وكانت فرصة له لينفذ أفكاره الجديدة التي طورها في مستشفى إدارة الأطباء المتخصصين، وكان برنامجه يتضمن تحمل المسؤولية للفتيات، ولم تكن أعذارهن تقبل وكن يعفين من العقوبة وكانت نتائج السلوك غير المقبول تكتشف مسبقاً بشكل واضح وبالتفصيل للعواقب. وقد أعطت هذه الخطة ثمارها وبدأت الفتيات يتصرفن بمسؤولية أكبر وانخفضت نسبة الانتكاس إلى 20٪، وقد نفذ "جلاسر" برنامج مشابه في مستشفى إدارة الأطباء المتخصصين وكانت النتائج مذهلة وغير متوقعة حيث أصبحت نسبة التخريج تقريباً 100٪ خلال أربع سنوات بدلاً من تخريج مريضين سنوياً (الزيود، 1998، ص 350). وفي عام 1961 نشر "جلاسر" الأشكال الأولى للعلاج الواقعي في كتابه الصحة العقلية والمرض العقلي ثم نقحت المفاهيم الواردة في هذا الكتاب ووسعت ثم أعيد طبعها في كتاب المعالجة الواقعية في عام 1965. وبعد نشر هذا الكتاب بفترة قصيرة أسس جلاسر مؤسسة للمعالجة الواقعية كان هدفها تدريب الأطباء النفسيين الواقعين، ثم بدأت المدارس تطلب استشارته، وكان قادراً على أن يكيف الممارسات والإجراءات مع المحيط التربوي في المدرسة ونتيجة لهذه الممارسات نشر كتابه "مدارس بدون فشل" عام 1969، ثم أسس مركزاً لتدريب المربين، وفي عام 1976 طبع جلاسر كتابه "الإدمان الإيجابي" طور فيه فكرة مفادها: أن الأفراد يمكنهم اكتساب القوة في قدرتهم لتدبر أمور حياتهم إذا التزموا بعض السلوك الإيجابي، فالأفراد الذين يطورون إدماناً إيجابياً ينمون أقوى ويكتسبون الثقة بالنفس بعكس الأفراد الذين يطورون إدماناً سلبياً. ثم ألف كتابه "محطات العقل" عام 1981 الذي وضع فيه أحدث ما توصل إليه. ويرى الشناوي أن فكرة العلاج بالواقع عند جلاسر أتت نتيجة لخبرته في العمل رئيساً لمجموعة من الأطباء النفسانيين في مؤسسة كاليفورنيا

للفتيات الجانحات. وقد أسس في أعقاب ذلك معهد العلاج بالواقع الذي خصص لتدريب المتخصصين في الخدمات الإنسانية (الشناوي، 1994، ص 217).

لقد كان المعلم الأول المباشر لجلاسر الطبيب السويسري ديبوسس (Paul Dubosis) الذي طور إجراء سماه التفسير الأخلاقي الطبي الذي من شأنه أن يعلم فلسفة عن الحياة تركز على أفكار الصحة أكثر من الانشغال بالمرض. وممن كان لهم تأثير غير مباشر على جلاسر هو موهر (Mowher) والذي تحوي معالجته التكاملية بعض التفسيرات الأخلاقية، وكذلك العالم توماس سزاز (Thomas Szaz) وهو طبيب أراد أن يمحو أسطورة المرض العقلي، والعالم نورمان (Norman) وهو واعظ يؤيد القدرة على التفكير الإيجابي. وبالرغم من أن جلاسر كان يتأثر بهؤلاء العلماء وبعلماء آخرين إلا أنه يصر على أن معالجته الواقعية هي نتاج فريد ونظام مستقل (الزيود، 1998، ص 350).

تعتبر نظرية الاختيار التي صاغها جلاسر الخلفية المرجعية لنظرية العلاج بالواقع، ومنذ عام 1982 اهتم جلاسر بتوضيح نظرية الاختيار ونشرها في كتاب مستقل "نظرية التحكم" مبيناً كيف يستطيع الناس تطبيق هذه النظرية على أنفسهم والاستفادة منها في السيطرة على واقعهم بما يتيح لهم فرصاً أفضل للإشباع. وفي عام 1996 قام جلاسر بتغيير مسمى النظرية من نظرية التحكم إلى نظرية الاختيار، التي لاقت اهتماماً كبيراً وتطبيقها على مشكلات متنوعة باعتبارها تفسر السلوك الإنساني وتمثل الخلفية المرجعية لواحدة من أهم طرق الإرشاد والعلاج النفسي، ألا وهي طريقة العلاج الواقعي. (الرشيدي، 1999، ص 28)

ثانياً: المبادئ الأساسية لنظرية الإرشاد بالواقع:

1) المسؤولية (Responsibility):

عرّف جلاسر المسؤولية بأنها القدرة على تلبية الفرد لحاجاته والقدرة على القيام بهذا الأمر بطريقة لا تحرم الآخرين من القدرة على تحقيق حاجاتهم والمعالجون الواقعيون يجعلون المسؤولية بمثابة الصحة النفسية (الزيود، 1998، ص 355). ويرى ان الصحة النفسية لا تؤدي إلى السلوك المسؤول وانما هو الذي ينتج عنه الصحة النفسية وبالمثل فإن التعاسة والمعاناة الشخصية هي نتيجة لعدم المسؤولية وليس سبباً لها. ويؤكد جلاسر على أهمية مفهوم المسؤولية في مناقشة الأطفال حيث يجب على أن نعمل على أن نجعلهم يفهمون أنهم مسؤولون عن الوفاء بحاجاتهم وعن السلوك بهذا الشكل لكي يمكنهم أن يكسبوا هوية النجاح.

2) الهوية (Identity):

ترى نظرية الإرشاد بالواقع أن كل الناس يحب أن يوجدوا شعوراً كما يكونون، إن عليهم أن يتعرفوا على أو يعرفوا أنفسهم كأفراد لهم أهمية واستقلالية وفردية وقد أطلق جلاسر على هذه الحاجة الأساسية اصطلاح الهوية والتي تعتبر أساسية مثل أي حاجة فيزيولوجية للطعام والماء والهواء إنها المطلب الوحيد لكل البشر. واعتبر جلاسر الهوية على أنها أعلى حاجة نفسية للشخص وهي مبنية في النظام البيولوجي للشخص منذ مولده وإن الهوية التي كونها الشخص ليس بالضرورة أن تكون مستديمة، فالهويات يمكن تغييرها ولكن فقط عن طريق تغيير السلوك بطريقة يمكن معها إلى إشباع الحاجة للحب إلى الأهمية وعملية إشباع الحاجات عن طريق تغيير السلوك يمكن تحقيقها بالقيام بما يمثل المسئولية والواقع والحق (علم صحيح) وقد رمز جلاسر لهذه الجوانب الثلاثة بـ 3RS. ويميز جلاسر بين نوعين من الهويات: هوية النجاح وهوية الفشل.

أ. هوية النجاح:

التي تشير إلى أن الفرد يعرف نفسه أو يرى نفسه على أنه ماهر ومقتدر وله أهمية وكذلك له القدرة على التأثير على بيئته والثقة في حكم حياته.

ب. هوية الفشل:

وهي تلك الهوية التي يكوّنها أولئك الأشخاص الذين لم يكّونوا علاقات وثيقة مع الآخرين، والذين لا يتصرفون بمسؤولية والذين يشعرون بالقنوط وعدم الأهمية. — ولكي تحقق هوية النجاح لا بد من الوفاء بحاجتين أساسيتين:

- الحاجة لتبادل الحب: أن يحب وأن يُحب.
- الحاجة إلى الشعور بالأهمية.

ويتطلب إشباع هاتين الحاجتين الاندماج مع الآخرين، وفي الواقع أن الاندماج هو الطريق الوحيد لهوية النجاح إنه كما يصفه جلاسر الجزء المكمل للكائن، وهو القوة الداخلية الحافزة التي تحكم كل السلوك. (الشناوي،1994، ص 219). إن الحاجة لأن نحب وأن نكون محبوبين أمر هام من وجهة نظر جلاسر لدرجة أنه يعتبرها ضرورة مستمرة طوال الحياة بحيث تدفع الناس إلى أن يبحثوا عن الاندماج مع الآخرين، والحد الأدنى للوفاء بهذه الحاجة هو أن يكون هناك شخص واحد على الأقل نحبه ويبادلنا الحب ويرى أنه إذا نجح شخص في إعطاء واستقبال الحب واستطلاع أن يفعل ذلك باتساق في مدى حياته فإننا نعتبره بدرجة ما ناجحاً. (الشناوي،1994، ص 220). ولكن الشخص سواء كان محبوباً أم لا، لابد من أن يلتزم بمستوى مرض من السلوك حتى يشعر بقيمته، وهذا يتطلب تصحيح سلوكه عندما يكون خاطئاً وإعطاء الثقة لنفسه عندما يكون على صواب. (الزيود، 1998، ص 358). وبهذا نجد أن جلاسر يركز على السلوك أكثر من المشاعر ولذا فهو يعتبر الحب سلوكاً يقوم به الناس وليس انفعالاً فقط، أي أنه يحدد الحب في إطار سلوكي وليس في إطار انفعالي فقط.

3) الواقع (Reality):

هو العالم الحقيقي إذ أنه يتضمن السلوك الحالي للفرد، ويركز جلاسر على السلوك الراهن باعتباره جزءاً من الواقع ولهذا يمكن أن يحدث للسلوك تغيير قبل المشاعر (الأقل ملامسة) لأنه من الحقائق المشاهدة في الواقع.، كما أنه ليس بوسعنا أن نغير الماضي ومحاولات فهمه تجعلنا نبتعد عن واقع الحاضر، وعلى ذلك يمكن النظر إلى المرض النفسي الذي يعاني منه الناس من خلال الطريقة التي يختارونها لإنكار الواقع.

4) الصح – الحق (Right):

يعتقد جلاسر أن هناك مقياساً أو معياراً مقبولاً ومتفقاً عليه تقريباً يُقاس به السلوك، ويعتبر السلوك صحيحاً إن كان يفي بهذا المقياس ويعتبر خطأ إن لم يف به. (الزيود، 1998، ص 355). وإن الأخلاقيات والمثل والقيم أو الصحيح والخطأ من السلوك ترتبط بشكل كبير بحاجتنا للأهمية الذاتية، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأحكام القيمية التي يمر بها الأفراد حول سلوكيات معينة قد تزودهم بالرغبة في تغيير هذه السلوكيات. (الشناوي، 1994، ص 223).

ثالثاً: أهداف نظرية الإرشاد بالواقع:

يعتبر الاندماج مفهوماً هاماً في هذه النظرية، ولكنه ليس هدفاً في الإرشاد بالواقع، وإنما هو وسيلة يمكن من خلالها تحقيق الأهداف العلاجية. أما أهداف هذه النظرية فتتلخص في مساعدة المسترشدين على تحمل المسؤولية الشخصية والتي تعني القدرة على التصرف بطرق تحقق حاجات الفرد لتكوين هوية النجاح. فالمسترشد إذا كان حزيناً أو قلقاً أو خائفاً فإن عليه أن يربط مشاعره بما هو فاعله الآن وتقرير فيما إذا كان سلوكه مسؤولاً، وما من أحد يستطيع مساعدة المريض لأن يشعر بصورة أفضل بل يمكن مساعدته لأن يعمل بصورة أفضل، وهذا يعني أن يعيش حياة أكثر مسؤولية.

وانتقد جلاسر بشدة وجهة النظر التقليدية التي تقول بأن انعدام السعادة (التعاسة) سبب الانحراف... ويرى أن التعاسة لا تُوّلد في الأحداث الانغماس في النشاط المنحرف وإنما الذي يولد فيهم ذلك هو المشاعر التي يعايشونها عندما يتصرفون بطريقة غير مسؤولة. ويضيف أن المشاعر والاتجاهات تنمو من سلوك الفرد وليس العكس، وبنفس المنطلق فإن الهوية وهي اتجاه من الفرد حول ذاته — إنما هي نتيجة تتولد عن سلوك الفرد ولا يمكن التعامل معها بمعزل عن السلوك. فلكي يغير الناس هويتهم يكون عليهم أولاً أن يغيروا سلوكهم ونتيجة لذلك يمكن القول بأن الوصول بالفرد إلى السلوك المسؤول يعتبر هو غاية الإرشاد أو الهدف الشامل له (الشناوي، 1994، ص 231).

يساعد المرشد المسترشد على أن يُجري تقويماً لسلوكه الراهن وأن يعلمه طريقة للحياة، ويتضمن ذلك مساعدته على أن يتعلم مهارات عامة ومعرفية للمواجهة بدلاً من الاقتصار على تغيير السلوك غير المتكيف. وبذلك يصبح الهدف العريض للعلاج بالواقع مساعدة المسترشد على تطوير "نسق أو طريقة للحياة" تساعد الشخص على أن يصبح ناجحاً في معظم محاولاته وجهوده. (Glasser, W. & Zunin, L. 1973) نقلاً عن (الشناوي، 1994، ص 232).

رابعاً: نظرة الإرشاد الواقعي للشخصية:

تنمو الشخصية وتتطور من خلال تلبية الفرد لحاجاته الأساسية، فالأفراد الذين يتعلمون كيف يحققون حاجاتهم ويتطورون بشكل طبيعي ويعطون لأنفسهم الهوية الناجحة، أما أولئك الذين لا يستطيعون أن يلبوا حاجاتهم الأساسية فيصبحون غير مسؤولين ويعطون لأنفسهم صفة الفشل. وهذا التطور للشخصية يحدث من خلال الانخراط مع الآخرين، حيث يرى جلاسر أن تطور الشخصية لا يحدث على مراحل، ولكنه يؤكد على أهمية المرحلتين في حياة الطفل من (2 — 5) و (5 — 10) سنوات بسبب الارتباط الأولي بالمدرسة. وتقع على الوالدين مهمة تعليم المهارات الضرورية وتحمل المسؤولية من خلال الانضباط الصحيح، أي إجبارهم على

الأحكام المنطقية في أسلوب متواصل ومتزن ويجب الابتعاد عن العقاب كلياً. (الزيود، 1998، ص 358 – 359). وكذلك ينبغي على الوالدين أن يندمجوا مع أطفالهم، لأن الاندماج يكّون علاقة عاطفية دافئة يشعر فيها الطفل أنه محبوب لذاته. ويرى جلاسر أن الفشل في الاندماج مع الآخرين يولد دائرة فشل ويقود إلى المخاوف وتعاطي الكحول والميل إلى الانتحار والاكتئاب وعدم تحمل المسؤولية والكبت والسلوك الاجتماعي والعزلة. (العزة،2000، ص 181).

ويأتي دور المدرسة التي يدخل إليها الطالب في عمر (5 – 10) سنوات ويُشبع حاجاته ويكتسب المهارات التي تُشبع هذه الحاجات، ويؤكد جلاسر على ضرورة الاندماج بين المعلمين والتلاميذ وأن يكون التعليم مناسباً لتزويد التلاميذ بخبرات النجاح. وأن يرمم المعلمون ما حدث من ضعف في تعليم الأبوين أو في الفرص التي أتاحوها لهم في الأسرة، وتوفير الخبرات الايجابية لتكوين هوية النجاح عند التلاميذ.

ويرى جلاسر أن كل شخص قادر على توجيه حياته واتخاذ قراره، وأن تصرفاته تحدد شخصيته. ويلخص جلاسر وجهة نظره المضادة للجبرية والمتصفة بالنظرة الايجابية للناس والتي تضع مسؤولية سلوك الناس وانفعالاتهم عليهم أنفسهم فيقول: "إننا نعتقد أن كل فرد لديه قوة للصحة وللنمو، وأن الناس في الأساس يريدون أن يكونوا مسرورين وأن يحققوا هوية نجاح، وأن يظهروا سلوكاً مسؤولاً وأن تكون لديهم علاقات شخصية ذات معنى". (الشناوي، 1994، ص 218).

وتتضح نظرة جلاسر الإيجابية للشخصية من طريقة التعليم، فأنظمة التعليم التقليدية تعاملت مع المتعلم على أنه وعاء فارغ وعلى المعلم العارف بالعلوم أن يفرغ في هذا الوعاء الحقائق والأرقام والمفاهيم. حيث يركز المعلمون على الذاكرة وعلى المعرفة بالحقائق بينما يقللون من استخدام أساليب حل المشكلات والتفكير النقاد ومدى ملاءمة المادة التعليمية للطالب، ويعتمد هذا الأسلوب على المعلم أكثر من اعتماده على جهد الطالب. وعلى النقيض من ذلك فإن جلاسر

يثق بشكل كبير في قدرة الطلاب على تحديد ملاءمة خبراتهم التعليمية والمساعدة في اتخاذ قرارات جيدة حول المناهج والنظم الخاصة بمدارسهم. كما يركز على حل المشكلات والتفكير الناقد والمهارات الاجتماعية بدلاً من التركيز على الحقائق. كما ينظر إلى المعلم على انه ميسر أو مستقطب حيث يعمل على جذب طاقة التعلم التي يجيء بها الطالب معه إلى حجرة الدراسة وترفض طريقة جلاسر هذه وجهة النظر الجبرية للسلوك وتفترض أن الطلاب عقلانيون ولديهم الطاقة الاستكشافية للتعلم والنمو والاستفادة منها. (الشناوي، 1994، ص 317 – 318).

ترى هذه النظرية أن أية طريقة تربوية فعّالة هي تلك التي تحقق أمل الأهل في أبنائهم. أي أن يكون الأبناء في الصورة التي يتمنى الآباء أن يروهم عليها: أن يكونوا محبوبين، أخلاقيين، ناجحين في الدراسة، مهتمين بصحتهم، يتعاملون بأدب مع الآخرين، يحترمون القانون والعادات...إلخ. وتتحقق هذه الصورة من خلال نظام تربوي أسري متكامل. وتقدم نظرية العلاج بالواقع إرشادات تربوية مفيدة للوالدين في التعامل مع الأبناء، بحيث يكون الأبناء وفق الصورة الرائعة التي يأملها آباءهم، وتندرج هذه الإرشادات تحت النقاط التالية: (Glasser, 1984, pp. 182 – 201)

1) **العلاقة الجيدة بين الوالدين والأبناء، والتي يندرج تحتها نقاط ثلاثة هي:**

أ. **العلاقة الجيدة أساس التأثير الوالدي:**

تتطلب العلاقة الجيدة للآباء مع الأبناء أن يتكون لدى الأبناء صورة محببة عن الآباء، ولكي تتكون هذه الصورة فعلى الوالدين أن يتعلما الصبر في معالجة أخطاء الأبناء، لأن التهديد والعقاب يوتر العلاقة بينهم، وسوف يلجأ الأبناء إلى مقاومة ضغوط الوالدين باستمرار، وقد يبدأ الابن في استبعاد صورة والديه من ذهنه كأشخاص محبوبين، وبالتالي لا يهتم بأفعالهم وأقوالهم. وإذا زادت ضغوطات الوالدين وعقابهم للطفل، فتكون النتيجة إبعاد الأبناء والديهم عن أذهانهم أكثر

وأكثر. وعندها يفعل الأبناء ما يقتنعون به ويريدونه من أفعال، وقد يكون ذلك الإهمال في الدراسة أو الانحراف الخلقي. ولو أقام الآباء علاقات جيدة مع أبنائهم لما أصبح هؤلاء الأبناء مقتنعين بالإهمال الدراسي أو الانحراف الخلقي.

وحسب هذه النظرية، فإن إقامة العلاقات الجيدة مع الأبناء تتطلب اندماج الوالدين مع أبنائهما في الأنشطة المحببة المشتركة. فالأب الذي يستمتع بنشاط ترفيهي معين يمكنه أن يشرك أبناءه في هذا النشاط، وإذا كان الأبناء يفضلون نشاطاً ترفيهياً معيناً، فعلى الأب أن يندمج معهم في هذا النشاط، ومن خلال هذا الاندماج يمكن توجيه الأبناء الوجهة الصحيحة.

ب. العلاقة الجيدة، سيطرة والدية محدودة:

يعتقد الآباء أن أطفالهم قبل الثانية عشرة من العمر مازالوا صغاراً، فيحرصون على حمايتهم من الأخطار والعناية بصحتهم ودراستهم، ويقلق الآباء من أن عصيان أبنائهما سوف يدمر حياتهم. ويدرك الأبناء حب الوالدين لهم وخوفهم عليهم، وبالتالي يعتقد الأبناء بأن آباءهم سيستمرون في مساعدتهم والخوف عليهم حتى ولو قاموا بتصرفات سيئة. وهنا يرى الأبناء أنهم امتلكوا والديهما وسيطروا عليهما.

وترى نظرية العلاج بالواقع أنه إذا سيطر الأبناء على الآباء، سيكون الأبناء أكثر فاعلية، ويتخلى الآباء عن دورهم الوالدي. ولكي يكون الآباء فعالين في القيام بالدور الوالدي، عليهم أن يعيشوا بأسلوب ودي مع أبنائهم ويقتنعوا بما لدى هؤلاء الأبناء من صور في مخيلتهم تجعلهم يختلفون مع الآباء في جوانب معينة. والمثال على ذلك: يرى الوالدان أن الطفل يجب أن يستذكر دروسه، في حين يريد الطفل مشاهدة التلفاز، وهنا إذا كانت العلاقة الودية قائمة بين الطفل ووالديه، فبالإمكان التفاوض والوصول إلى حل يرضي الطرفين، كأن يتم الاتفاق على مشاهدة التلفاز لمدة معينة وبعدها يستذكر الطفل دروسه. ويمكن الإشارة هنا إلى أن الأطفال

يحبون قدراً من السيطرة الوالدية، ولكنهم لا يحبون أن يسيطر عليهم الآباء تماماً، غير أن قبول هذا القدر من السيطرة الوالدية مرهون بوجود علاقة ودية وحميمة بين الأبناء والآباء.

ج. العلاقة الجيدة، إمكانية للتفاوض:

إن العلاقة الجيدة بين الوالدين والأبناء تجعل الطفل يخبر والديه بما يريد، كما تجعله يقبل بعض السيطرة منهما، فبموجب هذه العلاقة يمكن للآباء التفاوض مع أبنائهم على الاختلافات، والتوصل إلى تسوية ترضي الطرفين. وإذا ساءت العلاقة تصبح المفاوضات والتسوية غير ممكنة، لأن كل من الآباء والأبناء لديهم رغبة ملحة للقوة ورفض السيطرة.

إن الصعوبات التي تواجه الوالدين في تربية أطفالهم هي نتيجة فشل الوالدين في فهم السلوكيات الفعالة للتعامل مع أبنائها، ومع هذا الفشل يفعل الأبناء ما لا يحبه الآباء، أو لا يفعلون ما يحبه الآباء. كما أن الآباء الذين يحاولون فرض السيطرة على الأبناء، في الوقت الذي يرفض فيه الأبناء هذه السيطرة، لا يصلون إلى النتيجة المرجوة، لأن سلوك الإجبار والقوة لن يأتي بنتيجة، بل سيؤدي إلى افتقاد التكامل الاجتماعي داخل الأسرة، وبالتالي تزداد احتمالات جنوح الأبناء.

2) إشباع حاجات الطفل:

إن الدور الأساسي للأسرة إشباع حاجات الطفل من الماء والطعام واللباس والراحة وغيرها من متطلبات البقاء. ولما كان دور الأسرة هذا يقع في عداد المسلمات، فإن نظرية العلاج بالواقع ركزت على إشباع حاجات الطفل من منظور تعلم الطفل للمسؤولية والسيطرة وإشباع حاجاته إلى القوة والانتماء.

أ. تعلم المسؤولية:

ترى هذه النظرية أن الأطفال يتعلمون المسؤولية عندما يمارسونها، وهم يحتاجون لأن يتعلموا المسؤولية حتى يمكنهم الحصول على ما يريدون، ولكي يتحقق هذا التعلم لا بد أن تتاح الفرصة للأطفال لمساعدة أنفسهم. فلو وقع الطفل في مشكلة بسيطة ويمكنه التغلب عليها دون مساعدة الكبار، يجب أن يتركه الوالدان ليتصرف بمفرده ويتغلب على الصعوبات. ويتعلم الطفل المسؤولية أيضاً من خلال تكليفه بمهام يقوم بها بنفسه، وإتاحة الفرصة له لأن يعتمد على نفسه، ويسيطر على المواقف التي يختارها.

يجب على الوالدين تعليم الطفل أن يتصف بمسؤولية من خلال تأدية واجباته المدرسية والمساعدة في الأعمال المنزلية والمحافظة على ممتلكاته الشخصية والممتلكات العامة والقدرة على احترام الرأي الآخر والتحاور بطريقة مقنعة... وغير ذلك. إن مثل هذه السلوكيات التي تجسد المسؤولية، يمكن تنميتها وتطويرها لدى الأبناء إذا أُتيحت لهم فرص ممارسة السيطرة على حياتهم.

ب. تعلم السيطرة:

تعتبر الوالدية الناجحة مهمة صعبة، ولكن بعض هذه الصعوبة يمكن التغلب عليها من خلال العمل بالقاعدة الأساسية التالية: "المحاولة الجادة لتعليم ومساعدة الأطفال ليستعيدوا سيطرة فعالة على حياتهم". وهذا يعني ألا يفعل الأبوان أي شيء من شأنه أن يسبب للطفل فقدان السيطرة، وقد لوحظ أن الأفعال غير المسؤولة التي يقوم بها الأطفال عبر مراحل نموهم إنما هي محاولات من جانبهم لاستعادة السيطرة التي فقدوها. وينجح الأطفال في السيطرة على حياتهم كلما تعلموا أكثر، وكلما أُتيحت لهم الفرصة لأن يتعلموا ويجربوا بأنفسهم. ويقول جلاسر: "حافظوا على العلاقة الطيبة مع أبنائكم المراهقين، استمروا في

إمدادهم بالحب والحنان، وافعلوا لهم القليل، وتمتعوا معهم، واتركوهم وحدهم إذا أرادوا الخلوة بأنفسهم". (الرشيدي، 1999، ص204 – 205).

ج. إشباع الحاجة إلى القوة:

يتطلب نمو الأطفال أن تُشبع حاجاتهم إلى القوة بطريقة تساعدهم على أن يكونوا فعالين، ويتحقق ذلك بأن يعمل الوالدان مع أطفالهما في مهمات بسيطة، وألا يندفع الأب لانجاز العمل عندما يرى الطفل يؤدي العمل ببطء، ويمكن هنا للوالدين إرشاد الطفل ثم تركه يقوم بواجبه من المهمة، وهذا يساعده على استعادة القوة والثقة. كما أن إشباع حاجة الطفل إلى القوة يتطلب أن ينمي فيه الوالدان مهارة المنافسة والإبداع من خلال قيام الطفل ببعض المهارات كالعزف والرياضة واستخدام الحاسوب وغيرها، ويصبح الأطفال أكثر شعوراً بالقوة كلما زادت قدرتهم على التعامل مع المهارات المختلفة. وترى نظرية العلاج بالواقع أن النشاط الذي يمارس الطفل من خلاله الإبداع المتأصل فيه، يمثل أقوى حافز للطفل، وكلما مارس الطفل إبداعاته أكثر كلما زاد اعتماده عليها وتعلمه لها. وفي ذلك يصبح الطفل معتاداً على واحدة من أفضل القوى التي يمتلكها لتثبيت السيطرة الفعالة على حياته، إنها قوة الإبداع.

د. إشباع الحاجة إلى الانتماء:

يتطلب إشباع الحاجة إلى الانتماء أن تصبح الأسرة عامل جذب يستقطب الطفل، ويتجلى ذلك من خلال الحب والاهتمام الوالدي بالطفل، وتشجيعه على اختيار الأصدقاء بمسؤولية، ويعتبر هذا الاختيار المسؤول تدريباً جيداً للمشهد الاجتماعي الأكثر تعقيداً في المستقبل. وإذا كان أصدقاء الطفل من النوع الذي لا يفضله الوالدين، فيمكنهما التحدث مع الطفل ومناقشته والتدخل بشكل محدود.

3) استخدام نظام بديل عن العقاب:

يسلك الأطفال في كثير من الأوقات سلوكاً يتحدى القوانين المرعية أو سلطة الأبوين، وهنا يلجأ الوالدان إلى العقاب أو إلى فرض النظام. وترى نظرية العلاج بالواقع أن هناك فرقاً بين الأسلوبين: النظام والعقاب. فالنظام هو البدء بمحاولة تعليم الأطفال أن يتبعوا القوانين والعادات المعقولة من خلال التفاوض، أما العقاب فهو تطبيق لطريقة الحافز – الاستجابة (S – R) لإجبار الطفل على إتباع القوانين والعادات حتى غير المعقول منها من خلال الألم العقابي. ويرى جلاسر أن النظام فعال في التربية، بينما العقاب غير فعال، ولذلك تقتضي التربية الصحيحة أن ننظم ولا نعاقب إذا ما أخطأ الطفل. (Glasser, 1984, p. 199)

ينتج عن فرض النظام تقييد لحرية الطفل أو فقده للامتيازات إلى أن يبدي الطفل رغبة في التفاوض، ذلك أن النظام يعطي الطفل الفرصة للسيطرة على الموقف، إن لديه فرصة للتفاوض. فالنظام عكس العقاب، لأن العقاب لا يعطي هذه الفرصة، وبالتالي لا يعطي السيطرة. وتشدد هذه النظرية على رفض العقاب لأن الطفل يشعر بفقدان عميق للسيطرة والقوة، وعادة يحاول التعامل مع هذا الفقدان عن طريق اختيار السلوك المؤلم والمدمر للذات، وليس هناك تعليم ولا تفاوض في الأسلوب العقابي، ولا توجد محاولة لجعل تطبيق القانون جزءاً من شخصية الطفل. وتؤكد هذه النظرية على أن العقاب غير مؤثر وغير تربوي، وبالتالي فهو مرفوض في التعامل مع الأطفال.

قد ينهي الأب طفله بشدة (وليس بألم) عن سلوك خاطئ بلهجة شديدة كفيلة بأن تمنع الطفل عن السلوك الخاطئ إذا كانت العلاقة جيدة بين الوالدين والطفل. والمثال على ذلك، كأن يسكب الطفل الحليب متعمداً، وهو يعرف أن ذلك خرق لنظام البت ونظافته، هنا يجب فرض النظام على الطفل وجعله يشعر بالمسؤولية، كأن يأمره الأب بعدم مشاهدة التلفاز مثلاً إلا بعد أن يقوم بتنظيف المكان.

يضع جلاسر مجموعة من الخطوات التي توفر فرصة جيدة للأبوين للنجاح في اكتشاف حلول للمشكلات وتعليم الطفل ليكون أكثر فعالية في المستقبل، وذلك من خلال محاولة الأبوين جعل الطفل يلتزم بالنظام (القواعد). والخطوات التالية موجهة لأحد الوالدين أو كليهما (Glasser, 1984, p. 201):

1. فحص الصورة الموجودة في الذهن من خلال طرح بعض الأسئلة مثل: ماذا أريد من طفلي؟ وهل القاعدة التي خرقها الطفل يجب احترامها؟
2. إذا أقر الطفل بأن الذي فعله مخالف للقواعد، أو أنه غير مقتنع بما فعله، تجري مفاوضة مع الطفل بأن يقوم بعمل ما لإزالة آثار الفعل، فإذا كسر الطفل بعض الصحون، يتم الاتفاق معه على أن يقوم بجمع القطع المتناثرة، وإذا من غير الممكن القيام بأي شيء لإزالة آثار الفعل يتم التفاوض حول قيام الطفل بعمل ما، وأن يقوم بالعمل بنفسه، ولا مانع من أن يساعده في ذلك الأب أو الأم.
3. إذا أقر الطفل بأن ما فعله لا يخالف القواعد، وأنه مقتنع به، ولا يريد تغييره، يجب أن تفرض عليه بعض الأوامر التي تقيد الحرية أو تقلص الامتيازات (ممنوع مشاهدة التلفاز مثلاً)، ويمكن للوالدين اختيار التقييد المناسب لعمر الطفل ونشاطاته. ويجب ألا يستمر تقييد الحرية أو تقليص الامتيازات سوى لفترة محددة، يراها الوالدان كافية لأن يشعر الطفل بخطئه. وقد يتراجع الطفل عن خطئه ويعترف بأن ما فعله كان مخالفاً للقواعد. وإذا انتهت فترة تقييد الحرية أو منع الامتيازات دون أن يتراجع الطفل، فمن الضروري توضيح المشكلة للطفل وكيف أن ما فعله يخالف القواعد، وتوجيه النصح له والأوامر بأن لا يفعل ذلك مرة أخرى.

خامساً: عملية الإرشاد بالواقع:

ينظر الإرشاد بالواقع إلى الإرشاد على أنه عملية تعليمية تركز على وجود حوار منطقي بين المسترشدين والمرشد. ومن هنا فإن المرشد يكون نشطاً من الناحية الكلامية ويسأل العديد من الأسئلة حول الموقف الراهن لحياة المسترشد، حيث يساعده توجيه الأسئلة خلال عملية الإرشاد أن يصبح واعياً بسلوكه وأن يصدر أحكاماً تقويمية وأن يبني خططاً للتغيير. (الشناوي، 1994، ص 232). وهناك مجموعة من القواعد العامة التي تساعد المرشد في عمله عندما يعمل بطريقة العلاج بالواقع وقد حددها جلاسر في نظريته تبعاً للتسلسل الذي تتم فيه عادة في العمل مع حالات الإرشاد (العلاج) النفسي، وهذه القواعد هي:

1. الاندماج (العلاقة الشخصية).
2. التركيز على السلوك أكثر من المشاعر.
3. التركيز على الحاضر.
4. الحكم على السلوك.
5. التخطيط.
6. الالتزام.
7. لا أعذار.
8. استبعاد العقوبة.
9. عدم الاستسلام.

القاعدة الأولى: الاندماج (العلاقة الشخصية):

إن مبدأ الاندماج (Involvement) في العلاج الواقعي مشابه لمبدأ التعاطف (Empathy) في العلاج الذي يركز على الفرد، فالخطوة الأولى في العلاج هي تكوين الصداقة مع المسترشد وخلق الاتصال الذي سيكون الأساس في العلاقة الإرشادية، وهي مرحلة أكثر أهمية وإلحاحاً في العلاج. فبغياب الاندماج

يصبح العلاج أقل فعالية وعندما يكون العلاج كذلك فإن ذلك يكون بسبب عدم وجود الاندماج الصادق الذي يمكن أن يبني الثقة الضرورية اللازمة لدى المسترشد، وحتى يحصل الاندماج يجب على المرشد أن يتحلى بصفات شخصية مثل الاهتمام والفهم والتقبل والاحترام والاستماع للمسترشد. (الزيود، 1998، 362). وإن مقدرة المعالج على الاندماج هي المهارة الرئيسية هي عملية المعالجة الواقعية في البيئة المدرسية، فالاندماج يعني أن المدرسة هي المكان الذي يريد الطالب ان يكون فيه. ولا بد من الإشارة إلى أن اليأس قد يهدم الاندماج ويسيره إلى قيمة اعتبار الذات لدى المسترشد وتقلل من البدائل المتاحة أمامه. (العزة، 1999، ص 164)

القاعدة الثانية: التركيز على السلوك أكثر من التركيز على المشاعر:

لا يستطيع أحد أن يكتسب هوية النجاح دون أن يكون واعياً لسلوكه، وعندما يعتقد شخص بأن المشاعر أكثر أهمية من السلوك فإنه سيجد صعوبة في تحقيق هوية النجاح. ويرى جلاسر خطأ المقولة الشائعة: عندما أشعر بأني أحسن فإني أتصرف بطريقة أفضل لأن المشاعر والسلوك تتداخل مع بعضها بعضا وتتبادل التعزيز، وهي ظاهرة دائرية، فعندما يشعر الإنسان بأنه أحسن فعلاً يقوم بأشياء أكثر إيجابية، وعندما يعمل أكثر فإنه يشعر بأنه أحسن وهكذا وعندما نتم العمل فإننا نشعر أننا أفضل، ولكن أيضاً عندما نشعر بأننا أفضل فإننا نقوم بعمل أكثر ومن السهل أن نؤثر في هذه الحلقة المفرغة في مستوى العمل والتصرفات (السلوك) عنه في مستوى المشاعر والأحاسيس أي إننا لا نستطيع دائماً أن نأمر أنفسنا بأن نشعر بطريقة أو بشكل أفضل وإنما نستطيع أن نأمرها أن تقوم بأعمال وتصرفات أفضل مما يجعلنا نشعر بأننا أفضل.

ويقوم العلاج بالواقع على فكرة مفادها أن البشر لديهم سيطرة محدودة على مشاعرهم وأفكارهم وأن بوسعهم أن يضبطوا سلوكهم وتصرفاتهم بسهولة أكثر من أن يضبطوا تفكيرهم وشعورهم، ولذلك فإن المعالج بالواقع يهتم بالتركيز على السلوك، ولا يعني ذلك بأن المشاعر ليست هامة. وإذا كان الناس

يتصرفون إزاء بعضهم بعضا بطريقة واعية مسؤولة فإنه ينتج عن ذلك بشكل غير مباشر أن تتكون مشاعر طيبة ترتبط بهذه العلاقة. فالمشاعر الطيبة تعتبر مؤشراً على وجود علاقة طيبة، فالمريض أو المسترشد حين يأتي للعلاج لا يقول للمرشد أخبرني ماذا أشعر به وإنما يقول أخبرني ماذا أفعل؟. (الشناوي، 1974، ص 234 – 235) (مليكة،1994، ص 58).

القاعدة الثالثة: التركيز على الحاضر:

يتعامل المرشد النفسي في العلاج بالواقع مع ما يجري في الوقت الحاضر في حياة المسترشد على أساس أن الماضي قد تم تثبيته ولا يمكن تغييره، أما الذي يمكن تغييره فهو الحاضر المباشر وكما هو الموقف بالنسبة للمشاعر يكون موقفنا بالنسبة للتعامل مع الماضي، فعلى الرغم من أن محور التركيز في العلاج بالواقع هو الحاضر فإننا عند مناقشة الماضي نحاول أن نربطه دائماً بالسلوك الراهن فإذا تحدث المسترشد على سبيل المثال عن أزمة أو محنة مرت به منذ سنوات فإن المعالج يسأله ما تأثير هذه المحنة على المشكلة الراهنة. (الشناوي، 1994، ص 236). ولا يستطيع أحد أن يكتسب هوية ناجح دون أن يكون مدركاً للسلوك الحاضر فالعلاج الواقعي يركز على تغيير السلوك الحالي وليس على الاتجاهات والمشاعر، وهذا لا يعني أن الاتجاهات والمشاعر غير مهمة ولكن تغيير السلوك أسهل وله قيمة أكبر في تقديم العلاج والتغيير في المشاعر يتبع التغيير في السلوك ولهذا السبب فإن المسترشد الذي يعاني من مشاعر القلق سوف لن يسأل عن أسباب شعوره ولن يشجع على اكتشافها ولكن العلاج سوف يحث الفرد على أن يجدد سلوكاته التي تسبب مشاعر القلق.أما الحديث عن الفشل لن يغير السلوك أو المشاعر وإنما الذي يغيره هو أن يصبح الفرد مدركاً لسلوكه غير المسؤول وأن يتعلم كيف يكون سلوكه مسؤولاً. (الزيود، 1998، ص 363)

وهنا نلاحظ أن العلاج بالواقع لا يتعامل مع الماضي الذي لا يمكن تغييره، بل يتعامل مع الحاضر والمستقبل اللذين يمكن تغييرهما.

القاعدة الرابعة: الحكم على السلوك:

تقر نظرية العلاج بالواقع أن كل فرد عليه أن يحكم على سلوكه الخاص وأن يزن هذا السلوك ويحكم حكماً تصميمياً على ما يأتي به من أعمال وما تسهم به هذه الأعمال والتصرفات في فشله وعلى أن تتم عملية التقويم والحكم على السلوك من جانب المسترشد قبل أن يبدأ المرشد في إجراءات مساعدته وعندما يتضح للفرد حقيقة سلوكه من خلال هذه العملية التقويمية وربما يكون مثل هذا الوضوح لأول مرة في حياته فإنه يمكنه أن ينظر إلى هذا السلوك نظرة نقادة ويحكم على ما إذا كان بناء أم غير بناء. (الشناوي، 1994، ص 237)

فالمسترشد هو الذي يجب عليه أن يحكم على صواب السلوك أو الخطأ، فالمعالج ليس قاضياً ومرشداً أخلاقياً، وأن المسترشدين الذين تعودوا على القيام بسلوكيات موجهة لهدم الذات لا يدركون ما الذي يفعلونه دائماً. وبعضهم يفكر بقوة وبعضهم يبني أعذاراً تبدو مقبولة للاستمرار بالأعمال التي يقومون بها فإذا كانت لدى المسترشد صعوبة في تقييم السلوك بصورة موضوعية فيستطيع المعالج أن يتدخل ويواجه المسترشد بتجاوب صادق واهتمام أما المسترشدين فينظرون إلى سلوكهم ويحكمون عليه من ضوء أهدافهم ومتطلبات العالم الواقعي وكذلك يحكمون فيما إذا كان هذا السلوك مقبولاً اجتماعياً أم لا وعلى الرغم من أن جلاسر يدعي بأن تقييم الذات وتصميمها هي أساس العلاج بالواقع ولكنه يحذر بقوله "إن معرفتنا كيفية انتقاد أنفسنا مهم جداً لأننا يجب أن نتعلم كيف نوجه انتقادنا للنشاطات التي يمكن تصميمها وإلا فإننا نكون قاسيين جداً على أنفسنا وقد يؤدي ذلك إلى الفشل. (الزيود، 1998، ص 364).

القاعدة الخامسة: التخطيط للسلوك المسؤول:

من أهداف الإرشاد بالواقع مساعدة المسترشد على تغيير سلوكه من سلوك الفشل إلى سلوك النجاح وبالتالي محاولة تغيير هوية الفشل لدى المسترشد وإكسابه هوية نجاح وأن يكون سلوكه أكثر مسؤولية. فإن المرشد يركز على مساعدة المسترشد في وضع خطة عمل تتوافر فيها شروط الموضوعية والواقعية وأن تكون ملائمة لقدرات الفرد وإمكانياته وتتضمن عناصر النجاح، فالنجاح يولد النجاح والفشل يولد الفشل. وللقيام بذلك لا بد من إعداد خطة عمل جيدة تتوفر فيها شروط الموضوعية والواقعية وإمكانية القياس والمرونة وأن تكون ملائمة لقدرات الفرد وإمكانياته لا أن تكون خططاً معقدة وخيالية لا يستطيع الفرد القيام بها وبالتالي تنتهي إلى الفشل وإذا لم تنجح الخطة فلا بد من وضع خطة معدلة أو جديدة قابلة للتنفيذ. ومن المهم أن تكون الخطة مكتوبة لأن الخطة التي لا يتم كتابتها يمكن نسيانها أو إساءة تذكرها. وأن تكون أهدافها عملية وقصيرة المدى ويمكن تحقيقها بنجاح لأن مثل هذا النجاح يعزز إيجابياً جهود المسترشد للوصول إلى أهداف بعيدة المدى.

القاعدة السادسة: الالتزام:

بعد وضع الخطة والبدء في تنفيذها يتطلب من المرشد الواقعي الالتزام بتنفيذها. وإن مبدأ الالتزام يقوي من دافعية المسترشد لتنفيذ الخطة بنجاح. ولهذا فإنه بمجرد أن يبدأ الفرد في الالتزام بأشياء نحو الآخرين فإنه يكسب هوية أكثر نجاحاً. "فالالتزام هو رحلة أخرى مع الاندماج وخطوة أخرى مع تحمل المسؤولية، ومن ثم تحقيق هوية النجاح. ومع استمرار عملية الالتزام فإن المسترشد يكتسب إحساساً بقيمته وأهميته الذاتية مما يساعده على المضي أكثر في هذا الالتزام بتنفيذ الخطة وتكريس جهده لذلك". (الشناوي، 1994، ص 239)

القاعدة السابعة: رفض الاعتذارات أو التبريرات:

يجب على المرشدين أن لا يتصوروا أن المسترشدين الذين يعملون معهم سينفذون ما تعهدوا به من خطط أو ان الخطط ستحقق نجاحاً كلها، ذلك أن بعض الخطط قد يكون مصيرها الفشل في بعض الأحيان، ولكن مع ذلك فالمرشد عليه أن يوضح للمسترشد منذ البداية أن الاعتذارات غير مقبولة. فعندما يحاول المسترشد أن يشرح للمرشد أن خطة ما قد فشلت فعلى المرشد أن لا يشغل نفسه بالنقاش حول فشل الخطة وإلقاء اللوم على المسترشد، إنما الذي يهمه فقط هو أن الخطة فشلت وأن عليه أن يعيد بناء خطة جديدة تكون معقولة وموضوعية.

القاعدة الثامنة: استبعاد العقاب:

يعتبر العقاب أسلوباً ذا أثر ضئيل في تغيير سلوك الأشخاص الذين لهم هويات فشل ويلحق بالعقاب كل العبارات والألفاظ السلبية التي تحط من قيمة المسترشد. ومن الضروري ألا يعاقب المرشد المسترشدين بعبارات جارحة أو نقادة مثل قوله: "كنت أعرف أنك لن تقوم بهذا أبداً" أو "انظر: ها أنت ذا قد عدت لذلك من جديد". إن هذا الأسلوب من السخرية بالمسترشد من شأنه أن يساعد على ترسيخ هوية الفشل لديه، وفي نفس الوقت يُفسد العلاقة الإرشادية بين المرشد والمسترشد. (الشناوي،1994،ص 240). فالعقاب كوسيلة لتغيير السلوك لا تؤدي إلى النتيجة المطلوبة. (الزيود، 1998،ص 317). ولهذا فإن استبعاد العقاب جانب هام في العلاج بالواقع مثل عدم قبول اعتذارات.

القاعدة التاسعة: عدم الاستسلام:

هناك عدة أسباب تجعل المرشد لا ييأس حتى ولو فشل المسترشد في تنفيذ الخطة أهمها:

- إن المعالج لا يحكم على قيمة السلوك، فالسلوك يفشل لكن المسترشدين لا يفشلون.
- إن نموذج استسلام المعالج يناقض النظام.
- إن الاستسلام يمكن أن يهدم الاندماج ويسيء إلى قيمة الذات لدى المسترشد وينقص من البدائل المتاحة لديه. (الزيود، 1998، 367)

سادساً: حاجات الشخصية واضطراباتها:

إن الأساس النظري الذي وضعه جلاسر هو أن الفرد منذ صغره يحمل في نفسه حاجات أساسية يسعى لإرضائها وأهم هذه الحاجات أن يحب إنساناً آخر غير نفسه، وأن ينال مثل ذلك الحب من شخص آخر ونقطة الابتداء في إرضاء هذه الحاجات بشقيها هي علاقة الطفل بوالديه، غير أن الفرد يسعى طوال حياته لسد هذه الحاجة. ومن الواضح أن المقدرة على تحقيق ذلك تتفاوت بين فرد وآخر... ومن الواضح أيضاً أنه كلما قلت حاجات الفرد كلما زادت إمكانية تحقيقها، وكلما استطاع أن يسلك سلوكاً طبيعياً ويحيا حياة مُرضية، وبأنه كلما زادت حاجات الفرد كلما صعُب تحقيقها، وبذلك تزداد إمكانية ملاقاة الفشل في ذلك، وعندما يصادف الإنسان مثل هذا الفشل فإن ما يمكن أن يحدث في نفسه هو تكون الشعور بأن بعض نواحي الحياة التي تتوافر فيها الحاجات والتي فشل في تحقيقها هي غير موجودة بالفعل... وهو بهذا يحجب جزءاً من الواقع. وبسبب شعوره بالفشل فإن الألم والمعاناة تجد طريقها إلى نفسه، وهذا يدفعه إلى تكوين بعض المظاهر السلوكية التي قد يكون في ممارستها ما يخفف من شدة معاناته. وقد يأتي هذا السلوك بشكل غير مسؤول كأن يسعى الفرد إلى حرمان غيره من إمكانية تحقيق

حاجاتهم وبهذا الحرمان فإن السلوك الجديد يكتسب الصفة الأخلاقية لمناهضته للصيغ الاجتماعية في التعامل والذي يحدث بالفعل في حياتنا هو أن الفرد يتعلم قواعد السلوك المسؤول من علاقته مع والديه بما في ذلك ما يدركه الطفل من معاني الحب حتى في عملية تأديبه بما يتلاءم مع الواقع. (كمال، 1994، ص 362).

ويرى جلاسر أن الناس عندما يعجزون عن إشباع إحدى الحاجتين الأساسيتين: الحب والأهمية، أو كلتيهما فإنهم يُعايشون الألم النفسي (الشناوي، 1994، ص 227). والألم يشير إلى مشكلة ويدفع الإنسان لمواجهته بالتخفيف منه أو إزالته من خلال الاندماج بالآخرين، ويقول جلاسر في هذا المجال: "إني أعتقد أن كل حالة يجري تشخيصها نفسياً هي مثال للاندماج مع الأفكار الشخصية أو السلوك أو الأعراض أو الانفعالات أو مجموعة منها." (Glasser, 1965, p. 47) نقلاً عن (الشناوي، 1994، ص 228).

ويقول جلاسر في تفسير أسلوبه العلاجي بأن الأمراض النفسية هي نتيجة لعدم مقدرة الفرد على تحقيق حاجاته، وبأن الذين يعانون من هذه الأمراض تجمعهم خاصية واحدة وهي إنكارهم لواقع العالم من حولهم. وإن الفرد لا يقوم بعمل غير مسؤول لأنه مريض وإنما هو مريض لأنه لا يقوم بعمل مسؤول.

ويحدد جلاسر في كتابه نظرية التحكم (Glasser, 1984) حاجات الإنسان الأساسية في خمس حاجات هي:

- حاجات البقاء.
- الحاجة إلى القوة.
- الحاجة إلى الانتماء.
- الحاجة إلى الحرية.
- الحاجة إلى المتعة.

وسنحاول توضيح هذه الحاجات بشيء من التفصيل مشيرين إلى أن عدم إشباع الحاجة يؤدي إلى التوتر وعدم التوازن الداخلي. وبإشباع الحاجة يزول التوتر ويستعيد الفرد توازنه. فالحاجة حالة من النقص والعوز واختلال التوازن يرافقها توتر وضيق ناجمان عن عدم إشباع الحاجة، يتبعه سلوك وظيفي يتجه نحو هدف يترتب على تحقيقه إعادة حالة التوازن بعد خفض التوتر.

1. حاجات البقاء:

وهي مجموعة من الحاجات البيولوجية التي تضمن بقاء الإنسان وأهمها الماء والطعام والنوم والجنس والإخراج وغيرها. وكما هو معلوم فإن مصدر سلوك الإنسان عوامل (محركات) داخلية وعوامل خارجية. والسلوك هو محصلة تفاعل العوامل الداخلية مع العوامل الخارجية. وعندما ترتبط المحركات الداخلية بهدف يتعلق بغايات تأمين بقاء الإنسان أو استمرار النوع البشري أو الحفاظ على الجماعة نسميها دافعاً. ويمتاز الإنسان عن الحيوان بأنه يستطيع أن يطور دوافعه ويصعدها.

ينشأ دافع العطش مثلاً نتيجة نقص الماء في أنسجة الجسم، ويشعر الإنسان بجفاف في الحلق والفم، فيلجأ إلى شرب كمية من الماء لإشباع هذا الدافع. وبالنسبة لدافع الجوع نجد أن نقص المواد الغذائية في الجسم يحدث حالة من التوتر نتيجة تقلص جدران المعدة، فيشعر الإنسان بالرغبة في الأكل. ويشمل دافع الجوع دوافع فرعية تتمثل بتناول أنواع معينة من الطعام لحاجة الجسم إليها أو لمذاقها. ويرتبط تحقيق دافع الجوع بعادات ونظم وعلاقات اجتماعية.

وتتمثل الحاجة إلى الجنس وإشباعها وسيلة لبقاء النوع، حيث يلعب هذا النشاط دوراً حيوياً في حياة الفرد. ويتم تصعيد الدافع الجنسي عند الإنسان ليصبح حباً، ويخضع تحقيق الدافع الجنسي لطقوس وعادات اجتماعية تنظم هذا الدافع.

2. الحاجة إلى القوة:

تتضمن القوة معاني السلطة والسيطرة والتحكم في البيئة والتأثير في سلوك الآخرين وفرض الإرادة. وتتعدد مقومات القوة، فقد تكون جسمية أو اقتصادية أو اجتماعية أو نفسية أو ثقافية... وتفسر الحاجة إلى القوة الكثير من سلوك الإنسان، ويرى بعض الباحثين أن القوة من أجل النمو من أهم النماذج التي تفسر الشخصية، وأن الإنسان يكمن في داخله دافع إلى النمو، أي إلى القوة، وعندما تتاح له الفرصة، أو عندما يتيح هو الفرصة المناسبة، فإنه سوف يعبر عن صفات متقدمة مثل التفكير والإبداع والغيرية وتحقيق الذات (لازاروس، 1993) نقلاً عن (الرشيدي، 1999، ص 38). ويتم التعبير عن القوة أيضاً من خلال التغلب على الصعوبات ومنافسة الآخرين، والعدوانية والسعي لتحقيق الذات والدفاع عنها، والتحكم بالآخرين والتأثير في سلوكهم، كما يمكن إشباع الحاجة إلى القوة من خلال مساعدة الآخرين على إشباع حاجاتهم.

3. الحاجة إلى الانتماء:

التي تعني حاجة الفرد للانتساب إلى جماعة معينة كالأسرة أو الوطن أو النادي... وبهذا الانتماء يكون الفرد عضواً في هذه الجماعة له حقوق وعليه واجبات، ويخضع سلوكه لقيم الجماعة ومعاييرها، ويتبادل مع أفرادها الحب والاحترام والتعاون وتبادل المصالح والتفاعل مع الآخرين. وتزداد حاجة الفرد للانتماء وقت الأزمات حيث تزداد حاجته للأمن والحماية. وبدون إشباع حاجة الانتماء يصبح الفرد قلقاً وحزيناً ومعزولاً.

4. الحاجة إلى الحرية:

يحتاج الفرد إلى تحرير طاقاته واستعداداته وتوفير الظروف لانطلاق مواهبه، والتخلص من المعوقات والتقييد. وقد ذهب بعضهم إلى اعتبار الحرية نزوع الإرادة نحو الواقع وقدرة الذات على اكتساب صفة الواقعية، فالإنسان يكون حراً

بقدر ما يتجه فكره نحو الواقع، وبقدر ما يحقق رغبة الإرادة في أن تتحول إلى شيء واقعي. (الرشيدي، 1999، ص43). وقد عبّر الفيلسوف الأميركي (هوكنج) عن هذه الفكرة بقوله: "إن إرادة الواقع لا تنفصل عن إرادة الحرية شريطة أن نفهم إرادة الواقع على أنها تلك الإرادة التي ترمي إلى الاندماج في الواقعية الكاملة حتى تسجل نفسها في الواقع بمقتضى اختيار أصيل لتثبت ذاتها أو تنكرها" (إبراهيم، 1972، ص 55).

ترتبط الحرية من الناحية النفسية بتقبل الذات وتقبل الحياة، ويتضمن هذا التقبل حرية الفرد في الاختيار بين العمل على تعزيز الإيجابيات وتقليص السلبيات، أو التواكل والتسليم بما هو موجود. ويرى جلاسر أن الحاجة إلى الحرية أساسية لبني البشر، والدليل على ذلك أن بعض الناس يتعرض للمخاطر وقد يضحي بحياته في سبيل الحصول على الحرية. (Glasser, 1984, p. 12). ولابد من الإشارة هنا إلى أن بعضهم يعتقد بأنه حر في كل تصرف، وهذا غير واقعي. فالحرية في تناول المخدرات مثلاً، أو إتباع سلوك منحرف لا يقع تحت الحاجة إلى الحرية، حيث لا بد هنا من تطبيق القانون وفرض العقوبة الرادعة.

5. الحاجة إلى المتعة:

تشتمل هذه الحاجة على كل نشاط حر يقوم به الإنسان بهدف الاستمتاع، وقد يظهر هذا النشاط في ممارسة بعض الهوايات التي تنشط الجسم والعقل، مثل ممارسة الرياضة المحببة للإنسان، أو القيام بالرحلات، أو لعب الشطرنج، أو الضحك. وقد ذكر الرشيدي أن عدداً كبيراً من الباحثين يرى أن الضحك من أخص خصائص الوجود البشري. ويصفون الإنسان بأنه "حيوان ضاحك" (الرشيدي،1999، ص48). ونشير هنا إلى أن الحيوان قد يضحكنا لشبه فيه بالإنسان أو للطابع الذي يضفيه عليه الإنسان، أو للغرض الذي يستعمله فيه الإنسان. كما نشير إلى أن موقفاً معيناً يضحكنا إذا انتسب في الوقت ذاته إلى سلسلتين من الحوادث مستقلتين استقلالاً مطلقاً، وأمكن تفسيرهما في وقت واحد

بمعنيين متغايرين كل التغاير. كما يكون شيء ما مضحكاً عندما يكون بين السبب والنتيجة عدم انسجام. ومهما كانت العوامل التي تؤدي إلى الضحك عند الإنسان، فإن الضحك يجلب السعادة والمتعة للإنسان ومن خلاله يتم تفريغ الطاقة العصبية الزائدة عند الإنسان والذي يؤدي إلى تخفيف التوتر الناشئ عن ضغوط الحياة وما أكثرها في حياتنا المعاصرة.

وهكذا ينظر جلاسر إلى حاجات الإنسان الأساسية التي تمثل رغبة الفرد في الحياة والنمو والسعادة في واقع معاش. والتي تبدو وكأنها عامة عند الناس جميعهم، ولكن صور تلبيتها تختلف من فرد لآخر ومن وقت لآخر. وإن مجموعة الصور تتضمن كل ما يعرفه الفرد بشأن إشباع حاجاته (Glasser, 1984, p. 20). فعند الإحساس بالخطر يعرف الفرد أنه يتعين عليه اتخاذ إجراء معين لتفادي الخطر، وعند الإحساس بالبرد يعرف الفرد أنه يتعين عليه ارتداء الملابس الثقيلة... وهكذا. وهذه المعرفة تشكل ما يعرف بمجموعة الصور، وكل معرفة تسمى صورة، وهناك صور متعددة يختار منها الفرد الصور التي تلائم الموقف، ففي حالة الجوع يختار صورة تناول الطعام، وفي حالة العطش يختار صورة شرب الماء...وهكذا (الرشيدي،1999،ص 99). إن هذه الصور تشبع حاجات الفرد المختلفة، والحاجة التي لم تُشبع على نحو جيد تدفع الفرد للبحث عن صورة تشبعها.

ويرى جلاسر أن مجموعة الصور الموجودة في عقل الفرد تتميز بمجموعة خصائص أهمها:

1) **التباين:**

يختلف الناس من حيث الصور التي يحملها كل منهم في عقله. وهذا يفسر عدم وجود شخصيتين متطابقتين في أسلوب الحياة، حتى في الأسرة الواحدة. وهذا يفسر التباين في شدة كل حاجة لدى الناس.

2) **الثبات:**

تتسم مجموعة الصور لدى الفرد بالثبات النسبي، فليس من السهل على الفرد تغيير مجموعة الصور في عقله. وإن إقناع الآخرين بتغيير مجموعة صورهم يكون صعباً ويتطلب وقتاً وجهداً من خلال الحوار والتفاهم والاتفاق.

3) **الصراع:**

يقوم التصارع في شخصية الفرد بين الصور القديمة والصور الجديدة، فالزوج الذي لديه صورة عن نفسه كزوج مخلص لزوجته الأولى، ولكنه يشعر بالتعاسة لأنه تركها وتزوج بأخرى أعجبته، وهو يحاول أن يبحث عن حياة أفضل مع زوجته الجديدة، فيتصرف بمسؤولية ولباقة معها حتى تستفيد هي من هذه الصورة التي لديه عن نفسه.

4) **الوضوح والتجدد:**

تحتوي مجموعة الصور الموجودة في عقل الفرد على صور محددة وواضحة لتلبية حاجات الفرد. كما تتجدد هذه الصور ويتم إثراؤها وتقويتها باستمرار، وقد يبحث الفرد عن صورة جديدة تكون أكثر فعالية في إشباع الحاجة لتحل محل صور قديمة.

5) **المثالية:**

تتضمن مجموعة الصور، العالم الذي يحب الفرد أن يعيش فيه، حيث يتم تحقيق رغباته بطريقة أو بأخرى. فمجموعة الصور لدى محب السفر تتضمن صوراً رائعة عن السفر والترحال. كما أن مجموعة الصور لدى مدمن المخدرات تتضمن صوراً رائعة عن هذه المخدرات. في حين يرى الآخرون أن مدمن المخدرات يدمر ذاته، يرى المدمن أن هذا يشبع حاجته. وبالتالي لا يمكن تغيير سلوك المدمن ما لم يتم تغيير صورة المخدرات لديه. (Glasser, 1984, pp. 18 – 30). وبالتالي فإن

علاج هذا المدمن يتطلب تغيير صورة المخدرات في مجموعة الصور لديه، أي تغيير صورة المخدرات من كونها مشبعة، إلى كونها مدمرة.

يرى جلاسر وزينين: "أن الذين يتجاهلون الواقع إنما هم أشخاص نعتقد أنهم على وعي بالعالم الواقعي، ولكنهم يختارون بدلاً من أن يلامسوا هذا الواقع أن ينكروا أو يطمسوا هذا الواقع في عقولهم. كما أن الأفراد الذين يشار إليهم على أنهم منحرفون أو مجرمون أعداء المجتمع أو مضطربون شخصياً إلى آخر هذه المسميات، إنما هم أساساً أولئك الذين يضادون المجتمع ويختارون أن يخرقوا النظم والقوانين الخاصة به متجاهلين بذلك الواقع" (نقلاً عن الشناوي، 1994، ص 230). ويدعو جلاسر إلى ضرورة فتح آفاق المريض والتحدث في آفاق جديدة لكي يصبح واعياً للحياة وراء الصعوبات التي يعانيها. ويرى بأن على الفرد الذي تجري معالجته أن يرتبط مع غيره وعلى الأقل مع فرد آخر وذلك أنه إذا استطاع الإقرار بوجود شخص واحد والتعامل معه بواقعية وباهتمام فإنه لن يبقى معزولاً، وفي ذلك مفتاح تحقيق حاجته ويقول "إن مجال الأمراض النفسية يجب أن يوجه اهتمامه نحو حاجتين نفسيتين، الحاجة لأن يحب الفرد أحداً وأن يكون محبوباً من الغير، والحاجة الثانية هي الشعور بأننا مهتمين بأنفسنا وبالآخرين. والمشكلة كما يراها جلاسر تكمن في أن يتمكن الناس من مواجهة حاجاتهم بواقعية، وهذا يعني أيضاً بأن عليهم أن يتوجهوا بشعور من المسؤولية، فعادة الفرد في الانهزام من المسؤولية لها أن تؤدي إلى حالة من العجز الكامل على تحقيق الحاجات. (كمال، 1994، ص 363).

ويعتقد المعالجون الواقعيون بأنه من الممكن تغيير السلوك غير المتوافق للفرد وأن الفرد قادر على الاندماج مع الآخرين إذا أراد ذلك وخاصة بعد اختباره أن لا فائدة من إنكاره للواقع الذي يعيشه والالتفاف حول ذاته فقط في التخفيف من آلامه، وحتى يقوم بعملية التغيير في سلوكه لابد له من أن يطلب الإرشاد ويبحث عنه وبالتالي إحداث التغيير المطلوب في الشخصية وسلوكها. وعلى المرشد أثناء عملية الإرشاد أن يوضح للمسترشد بأن الإرشاد لا يجعل الناس سعداء وإنما الذي

يجعلهم سعداء هو السلوك المسؤول ورغبتهم في مواجهة الواقع وتحملهم المسؤولية بأنفسهم.

كما يعتبر جلاسر أن هناك مرضى ومجرمين لديهم قدراً ضئيلاً من الأخلاق والضمير (وليس زيادة)، وأن العصابيين والذهانيين والمجرمين يعانون من اضطرابات في خلقهم وتصرفاتهم، ويكون العلاج مزيد من النضج والضمير والمسؤولية. كما أن الأطباء النفسيين أنتجوا جيلاً من من الأطفال يكرهون آباءهم، حيث الافتراض في التحليل النفسي أن الأعصبة تنشأ بسبب الإفراط في تدريب الأطفال من قبل آبائهم أو معلميهم عوضاً عن يصبح الأطفال أكثر نضجاً ومسؤولية، وهذه الفلسفة دفعت بالأطفال إلى الجنوح والتحدي ورفض الآباء والسلطة. ونؤكد على رأي جلاسر في هذا المجال بأن الناس لا يسلكون بطريقة غير مسؤولة لأنهم مرضى، بل إنهم مرضى لأنهم يسلكون بطريقة غير سوية وغير مسؤولة. كما أن معظم المرضى ينكرون الواقع وقواعد المجتمع إنكاراً كلياً أو جزئياً، ويهربون من الواقع عن طريق تجنب المخاوف أو الانتحار، والعلاج هنا هو إدراك الواقع الموجود وإشباع الحاجات في إطار هذا الواقع.

يؤكد جلاسر أن طريقته في العلاج يمكن استخدامها لكل حالات الاضطراب النفسية والعقلية حيث ينظر إلى الاضطرابات على أنها صورة من صور الهروب من الواقع أو تشويش الواقع أو إنكاره، إلا أن أكثر استخدامات هذه الطريقة تكون مع المؤسسات والحالات التي عمل معها جلاسر ومن خلال عمله معها استنبط طريقته وهي المؤسسات التعليمية والمؤسسات الإصلاحية. ويرى جلاسر أيضاً "أن المعالجة هي نوع من إعادة التربية الأبوية الأصلية، فالمعالج يفعل ما يجب أن يفعله الأبوان" (الزيود، 1998، ص 362).

ويمكن القول أن أكثر مجالات استخدام الإرشاد بالواقع هو في المدرسة حيث يمكن للمرشد النفسي أن يستخدم هذا النوع من الإرشاد في معالجة مشكلات الطلاب سواء كانت مشكلات انفعالية أو سلوكية مثل: الخجل والقلق والعدوان

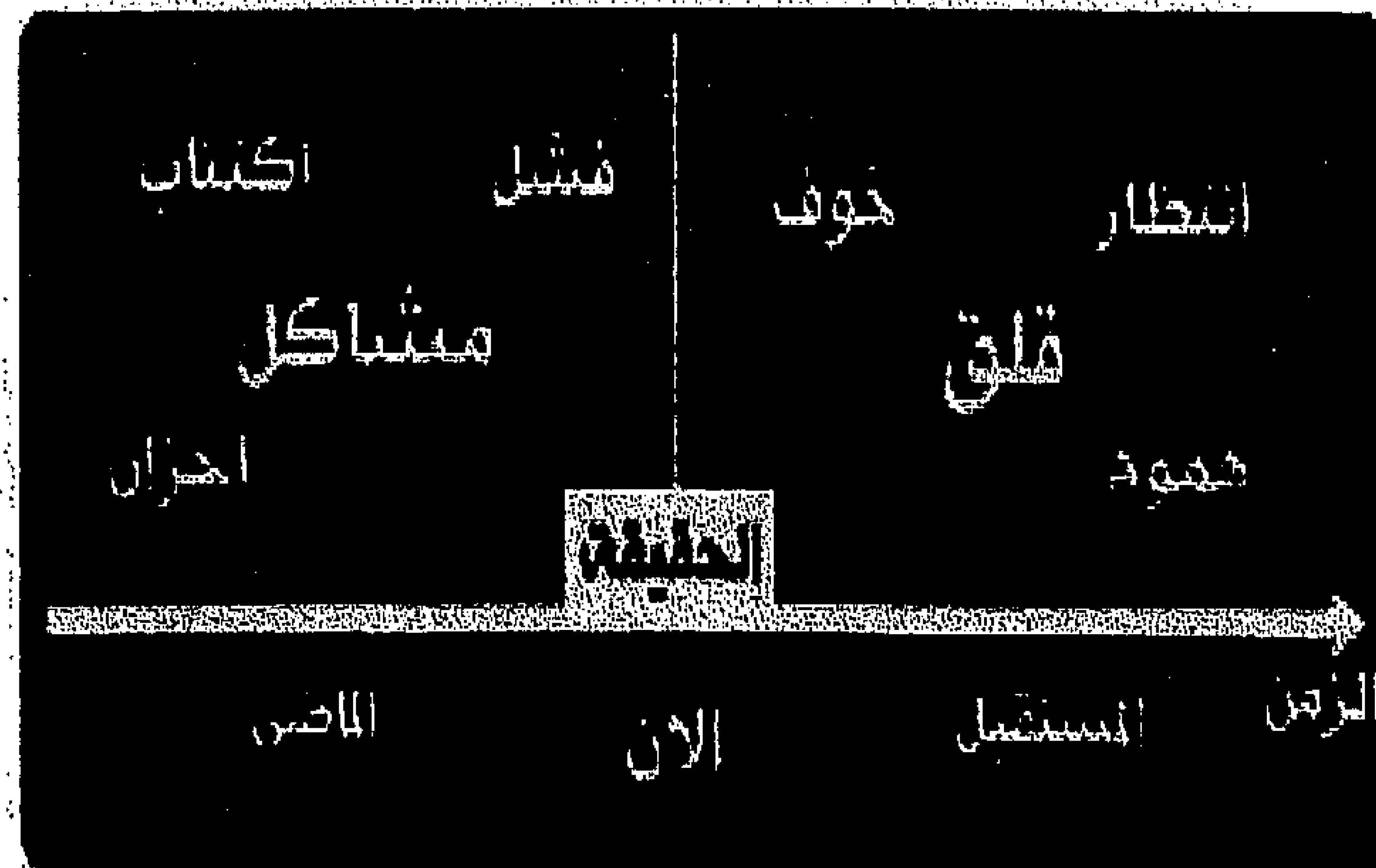
واضطراب العادات وحالات التأخر الدراسي وغيرها، كذلك في مجال المؤسسات الإصلاحية مثل مؤسسات رعاية وتأهيل الأحداث الجانحين والأيتام وغيرها. ويمكن استخدامها في إرشاد الشباب والمسنين والمعوقين وغيرهم.

سابعاً: أهم فنيات الإرشاد بالواقع (التكنيكات الرئيسة):

لم يُقدم جلاسر تقنيات محددة لنظريته ولكنه قدّم بالتعاون مع زينون (Zunin) عدداً من الاقتراحات (تكنيكات) لمساعدة المسترشد في الاندماج، حيث استخدما الضمير (أنا و نحن) بدلاً من (هو وهي) لتوضيح صورة الذات بشكل أفضل، وإعطاء الفرد اهتماماً خاصاً لنجاحاته والتشجيع على السلوك المتفائل.

1) الاحتفاظ بـ "هنا و الآن" Keeping in the Here and Now:

حيث تركز نظرية العلاج بالواقع على السلوك الحاضر، وليس من الضروري أن يعود المرشد إلى ماضي الفرد وأن يسبر أغواره، كما أنه ليس من الضروري أن يشرح المسترشد المشكلة، أو أن يقول أنني تعيس أو مكتئب، والمهم أن يشرح المسترشد لماذا يشعر بالتعاسة؟ أو لماذا يشعر بالاكتئاب؟ أي أن يطلب المرشد من المسترشد أن يعايش مشكلاته الآن، في الزمن الحاضر، وأن يركز على تجارب النجاح في هنا والآن بدلاً من الفشل.



يشجع جلاسر المرشدين على التغلب على ضعفهم وفشلهم في حل المشكلات التي يعانون منها بتنمية الإدمان الايجابي (Positive Addiction) الذي يكسبهم الثقة بالنفس، من خلال ممارسة بعض الأنشطة اليومية مثل الرياضة والتأمل. بحيث يُؤمن المسترشد بأن هذه الأنشطة لها قيمة جسمية وعقلية وروحية وأن تكون غير تنافسية وأدائها من قبل المسترشد بحد أدنى من الجهد العقلي ودون الاعتماد على الآخرين. وحتى يكون المسترشد مدمناً إيجابياً يجب أن يشعر بتقبل الذات أثناء ممارسة هذه الأنشطة.

2) التعامل مع التفكير الشعوري:

Dealing With Consciousness Thinking:

حيث يهتم العلاج بالواقع بالتفكير الشعوري الحاضر للمتعالج بحيث يصبح أكثر إدراكاً لما يقوم به الآن، مهملاً أفكار المتعالج اللاشعورية التي تعطيه أعذاراً لمواجهة الحقيقة.

3) التجاوب مع تعاسة المسترشدين – العملاء:

Responding to Unhappiness Clients:

يوضح المعالج للمسترشدين أن السعادة شيء داخلي، والشخص وحده هو المسؤول عن صنع السعادة لنفسه أو الشعور بها من خلال سلوكه المسؤول، ولا يستطيع أي شخص آخر وحتى المعالج بأن يقدم السعادة له ما لم يرافقها سلوك شخصي مسؤول. والسعادة ترافق السلوك المسؤول والتعاسة هي نتيجة للسلوك غير المسؤول وليست سبباً له.

4) مساعدة المسترشدين على تقبل وفهم انفسهم:

Helping Clients Understand and Accept Themselves:

يُوّلد الاندماج بين المرشد والمسترشد الثقة ويعزز المشاركة والفهم مما يساعد المسترشد على تبني سلوكات مسؤولة بسرعة أكبر. وإن تقبل المسترشدين في الوقت الحاضر كشخصيات ذات قيمة وامكانيات هي الخطوة الأولى في تعليم المسترشدين تقبل وفهم أنفسهم.

5) التخطيط لسلوكات مسؤولة:

Planning Responsible Behaviors:

يركز المعالج الواقعي على التخطيط الايجابي والسلوك البناء، وقد يُساء تحقيق ذلك من خلال قيام المرشد باقتراح خطة بطريقة يشعر المسترشد من خلالها أنه ملزم بقبولها، وهذا التخطيط غير مقبول ولا يُوصل إلى النتيجة المرجوة، ولهذا فعلى المرشد أن يساعد المسترشد على امتلاك خطة واقعية وإرادة ذاتية للسلوك. وقد يبدأ المرشد بسؤال المسترشد عن خطته، وهل لديه أفكاراً عن كيفية تفادي المشكلة المطروحة؟.

يجب أن تكون الخطة غير متفائلة إلى حد كبير، فمن المحتمل فشلها، وبالتالي تُعزز الفشل الحالي. ولكن هذا لا يمنع من تمتع الخطة بالطموح والمرونة (قابلية التعديل) وإمكانية التنفيذ.

6) الإرشاد الجمعي الواقعي:

إن الهدف من الإرشاد الجمعي هو مساعدة المسترشدين في تعلم كيفية إرضاء حاجاتهم النفسية بأن يُحبوا أو يُحَبوا أو يكونوا ذوي قيمة في نظر انفسهم والآخرين، فالمرشد في الجماعة الإرشادية يعلم الناس ليكونوا أكثر مسؤولية وأكثر فاعلية في الفهم الواقعي. (الزيود، 1998، ص 374)

ويفترض جلاسر أن المرشد الفعال يجب أن تتوافر فيه أربعة شروط مهمة ليكون قائداً للجماعة الإرشادية وهذه الشروط هي:

1. أن يكون فرداً مسؤولاً وقادراً على تلبية حاجاته.
2. أن يكون قوياً بحيث يقاوم تبريرات المسترشد وعدم انحداره عن السلوك غير المسؤول.
3. أن يقبل المرشد كل عضو في الجماعة الإرشادية قبولاً غير مشروط.
4. أن يكون قادراً على الاندماج عاطفياً مع كل عضو في الفريق. (الزيود، 1998، ص 375)

إن المرشد أو المعالج الواقعي هو شخص دائب النشاط ينشئ علاقة دافئة مع المسترشد ويشجعه على النجاح ويتعامل معه عن قرب ويندمج معه في مشكلته بشكل شخصي ويساعده على تقويم سلوكه وعلى الحكم على هذا السلوك وعلى معرفة البدائل لحل مشكلته وعلى تنمية خطط واقعية والوفاء بهذه الخطط وتنفيذها دون أعذار، إنه لا ينصح ولا يعطي الحلول. والمرشد في العلاج بالواقع يتقبل تحدي المسترشد لقيمه الشخصية في بعض الأحيان. هو لا يوقع عقاباً على المسترشد ودور المرشد في هذا النوع من العلاج والإرشاد هو مساعدة المسترشد على تعديل سلوكه ومن ثم اكتساب هوية نجاح ومساعدته على أن يكون ذا سلوك مسؤول وواقعي وصحيح ولا يهتم المرشد في هذه الطريقة بتاريخ المسترشد وماضيه ولا يركز على المشاعر والأفكار وإنما يركز على الحاضر وعلى السلوك، وهو كذلك لا يهتم بالأحلام ولا يتعامل مع اللاشعور. ويرى الزيود أن المرشدين الواقعيين هم معلمون يأخذون بأيدي طلابهم من الضعف واللامسؤولية إلى القوة والمسؤولية ومن الألم إلى السرور ومن اللاإنجاز إلى الانجاز. (الزيود، 1998،ص 369).

كما وصف جلاسر دور أعضاء الفريق عن طريق المشاركة بالمسؤولية خلال العمليات اليومية حيث يشجع أعضاء الفريق بعضهم بعضاً لتقبل المسؤولية في أعمالهم، وكذلك يساعد بعضهم بعضاً عن طريق اندماج بعضهم مع بعض وإبداء اهتمامهم وأن يميلوا لتعديل السلوكيات اللامسؤولة واللاعقلانية لكل عضو من الجماعة أكثر من التركيز على عمليات التفاعل التي تحدث بينهم.

ويملك أعضاء الفريق في الإرشاد الجمعي الواقعي دوراً فعالاً وحيوياً يجعل كل منهم مرتاحاً لمعايير الجماعة للسلوك، ولكن المرشد يبقى يضبط التوجيهات التي تتخذها الجماعة أو الفريق. (الزيود، 1998، ص 375)

ثامناً: تقويم النظرية:

يرى بعضهم أن الذين يحتاجون إلى علاج نفسي هم الذين لم يقوموا بإشباع حاجاتهم، وبهذا يبدو أن هناك تشابه بين التحليل النفسي وبين العلاج النفسي. ولكن الأمر غير ذلك، فعند فرويد الحاجات التي لم تُشبع هي الجنس والعدوان، في حين أن الحاجات عند جلاسر هي الانتماء والاحترام وكيفية إشباع هذه الحاجات بعمل واقعي ومسؤول وصحيح. ولهذا يعتبر العلاج بالواقع نقيضاً للتحليل النفسي، حيث أن أطباء النفس تسببوا في نشوء المرض الذي من المفروض أن يعالجوه، وذلك بسبب عدم جدوى إجراءات التحليل النفسي.

وتعتبر القضية الأخلاقية عند جلاسر أساسية، فلكي نكون جديرين بالاحترام يجب أن نتعلم أن نصحح أنفسنا عندما نخطئ، وأن نكافئ أنفسنا عند الصواب. وإذا لم نفعل ذلك فإننا لم نشبع حاجاتنا وسوف نعاني كما يحدث عندما لا نحب ولا نُحب. ويرى جماعة الطب النفسي والتحليل النفسي أن العصاب يحدث لأن المعايير الأخلاقية للمريض عالية بشكل غير واقعي، حيث أن الإنسان حسن أكثر من اللازم عندما يكون مطيعاً للأنا الأعلى، والعلاج هو في تخفيف مطالب الأنا الأعلى الصارمة. وبالتالي تحرير الفرد من الانغلاقات التي تسد طريق الإشباع السوي للغرائز. والعلاج أمر مختلف حيث يدخل الناس مع بعضهم في

تفاعلات (ترابطات) إنفعالية، ليس لأن معاييرهم الأخلاقية عالية، وإنما لأن مستوى الأداء لديهم كان وما يزال منخفضاً للغاية. وأن هدف العلاج بالواقع هو زيادة الإنتاج أو الإنجاز. والمشكلة سببها عجز على المستوى بين شخصي — اجتماعي لقيام الفرد بوظائفه.

إن نظرية الإرشاد (العلاج) بالواقع شأنها شأن أية نظرية أخرى تتمتع ببعض الايجابيات كما أنها تتسم ببعض السلبيات:

الايجابيات:

1. الوضوح المنطقي لهذه المفاهيم وبساطتها.
2. الشعور بالقيمة أو الأهمية الذاتية كحاجتين أساسيتين والنجاح في إشباعهما وبالشكل المناسب يؤدي إلى الصحة النفسية (تكوين هوية النجاح)، وأن الإخفاق في إشباع إحداهما يؤدي إلى الاضطراب (تكوين هوية الفشل).
3. اهتمام المرشد بتكوين علاقة اندماجية مع المسترشد تتميز بالدفء والتقبل والتفهم تجاه المسترشد.
4. المسترشد في هذا الأسلوب الإرشادي هو الذي يتولى عملية تقويم لسلوكه الشخصي والحكم على هذا السلوك: سلوك مسؤول أو سلوك غير مسؤول. وبهذا يضع المسترشد أولى خطواته على طريق المسؤولية.
5. دور المسترشد في وضع الخطط وتعديلها بناء على واقع الفرد وظروفه وقدراته بمساعدة المرشد.
6. اعتبار الإرشاد بالواقع محدداً في زمنه بحدود تنفيذ الخطة وضمان نجاحها.
7. يركز العلاج بالواقع على السلوك ولا يهتم كثيراً بجانب المشاعر.
8. يهتم العلاج بالواقع بالسلوك الراهن ولا يعود إلى الماضي ولا يركز عليه.
9. الأسس والأساليب التي يستخدمها المرشد لها جانب عقلاني وهي واضحة للمسترشد ولا توجد فيها جوانب رمزية أو غامضة.
10. الاستفادة من هذه النظرية في الإرشاد في المستوى الوقائي وفي المستوى العلاجي وكذلك في الإرشاد الفردي والجماعي.

السلبيات:

1. إن اعتماد هذا الأسلوب العلاجي إلى حد بعيد على الجانب اللفظي وعلى العقلانية يجعل من الصعب استخدامها مع بعض الحالات مثل حالات التخلف العقلي وحالات الأمراض الذهانية وحالات الاكتئاب.
2. تركز هذه النظرية على السلوك وتقلل من أهمية المشاعر متناسية الدور الذي تلعبه المشاركة الوجدانية في الاندماج وفي حياة الإنسان.
3. لا توجد أساليب محددة يستند إليها المرشد في محاولاته لتغيير السلوك بخلاف مساعدة المسترشد على الوفاء بخطة التغيير.
4. التعارض الذي تشتمل عليه النظرية بين الدور الذي تلعبه المسؤولية والدور الذي يلعبه الاندماج في تكوين هوية النجاح أو تكوين هوية الفشل. فعلى حين ترى أن الاندماج شرط مبدئي للوفاء بالحاجات فإنها تقرر أن الفرد لديه القدرة على الوفاء بحاجات المسؤولية ودون شروط مسبقة.
5. ما يذهب إليه جلاسر في إمكانية توجيه النقد من جانب المسترشد وإمكانية أن يطرح المرشد مشكلاته على المسترشد لا يتسق إلى ما تفرضه معظم النظريات من وجود حدود مهنية بين المرشد والمسترشد وضرورة أن تكون العلاقة مهنية. وهذا لا يمنع من إبداء الملاحظات، لأن علينا التقبل دون شروط، وأن المسترشد هو مرجع للمرشد في إبداء ملاحظاته.
6. ما أشار إلى جلاسر على أنه الصحيح أو الحق لم يحدد لنا معياره وإنما تركه للمعايير الأخلاقية التي يراها المرشد ولاستبصارات المسترشد بمعايير المجتمع وبهذا فإنها يمكن أن تشتمل على جوانب ذاتية للمرشد قد لا تكون هي الصحيح دائماً.
7. المدى الواسع الذي يقرره جلاسر لإمكانيات طريقته في العمل مع عديد من الحالات بينما الاستخدامات الحقيقية للإرشاد بالواقع أو العلاج بالواقع لا تخرج عن إطار المدارس والمؤسسات الاصطلاحية أو التعليمية بصفة عامة.

8. إن ترك الحكم على السلوك للمسترشد وحده قد يستغرق وقتاً وربما لا يحدث إطلاقاً إذا كانت هناك مشكلات معرفية عقلية لدى هذا الشخص. (الشناوي، 1994، 245)

وأخيراً نقول: إن الإرشاد (العلاج) الواقعي طريقة واقعية عقلانية حديثة يمكن تطبيقها في الإرشاد الفردي والجمعي في المدارس ومؤسسات الرعاية الاجتماعية والمشافي لمعالجة مشكلات متعددة مثل سوء التكيف النفسي والاجتماعي والزواجي وجنوح الأحداث وإرشاد الشباب وغيرها. ويمكن استخدام هذه الطريقة بنجاح من قبل المعلمين مع طلابهم ومن قبل الآباء مع أبنائهم. وتتميز هذه النظرية بالأهمية والفاعلية الكبيرة في الجانب الوقائي للصحة النفسية.

الفصل الثالث عشر

الإرشاد (العلاج) بالمعنى

Logo Counseling

- مدخل.
- مصادر النظرية.
- المفاهيم الأساسية للنظرية.
- أهداف النظرية.
- عملية الإرشاد (العلاج) بالمعنى.
- النظرة للاضطراب النفسي.
- أهم تقنيات الإرشاد (العلاج) بالمعنى.
- تقويم النظرية.

الفصل الثالث عشر
الإرشاد (العلاج) بالمعنى
Logo Counseling

أولاً: مدخل:

يعتبر الإنسان الكائن الوحيد الباحث عن أصل وجوده ومعنى حياته، وما وراء حياته، ويشعر أن حياته أكثر من مجرد ما تقدمه له حواسه وأن هناك شيئاً آخر وراء تجاربه فيتجاوز حدود المادة والزمان والمكان ليعبر عن حاجة لا متناهية في أعماقه لإيجاد المعاني الكامنة وراء ذلك كله. وتعتبر مهمة أي فرد في الحياة مهمة فريدة، مثلما تعتبر فرصته الخاصة في تحقيقها فريدة أيضاً. وقد ظهر الاتجاه الوجودي (العلاج بالمعنى) كأحد العلاجات النفسية التي تستند على الفلسفة الوجودية.

يعتبر العلاج بالمعنى اتجاهاً فكرياً في مجال الحياة النفسية للإنسان. ويتبنى هذا الاتجاه بعض آراء فرويد والفرويديين الجدد، أو المنشقين عن الحركة الفرويدية، والنظريات الوجودية والجشطالتية وغيرها.

يعتبر السلوكيون أن الإنسان آلة نستطيع التحكم في إدارتها بمهارة متزايدة، إلى أن نتوصل إلى أن نجعل منه جهازاً يتحرك في كل الاتجاهات، ويسلك الطرق التي اختيرت له. أما بالنسبة للتحليل النفسي فيعتبر أن الإنسان كائن يتحكم فيه ماضيه، وهو حصيلة هذا الماضي الذي هو لاوعيه. أما الإنسان من المنظور الوجودي ليست له صفات الآلة، وهو ليس بكائن في قبضة الماضي، وإنما هو في حالة من خلق نفسه، شخص يخلق معنى الحياة بحرية، وهو قادر في حياته الداخلية على أن يتجاوز العالم المادي وأن يعيش أبعاد حياته. وهذا يتفق مع ما انطلق منه فرانكل في نظريته العلاج بالمعنى.

ولد فيكتور فرانكل Viktor E. Frankl عام 1905 في فيينا (النمسا)، وحصل على شهادة الطب وعلى دكتوراه الفلسفة PH.D من جامعتها، وقد قابل فرويد شخصياً، وكان أكثر ميلا" إلى نظرية أدلر. وأسس مراكز التوجيه في فينا عام 1928 وأصبح رئيساً لها عام 1938 وأصبح عضواً في العيادة الجماعية النفسية الطبية من (1930 – 1938)، وفيما بين 1936 – 1942 عمل أخصائيا في الأعصاب والطب النفسي، ثم رئيساً لقسم الأعصاب في مستشفى بفينا. ثم أصبح رئيساً للمستشفى الاكلينكي الشامل للاضطرابات بفينا عام 1946. وقد مر فرانكل بخبرة إنسانية نادرة أثناء فترة الحرب العالمية الثانية حيث تم اعتقاله في عام 1942 وظل رهن الاعتقال حتى عام 1945 متنقلاً بين معسكرات اعتقال نازيه عديدة، وعندما أُطلق سراحه اكتشف أنه فقد كلاً من أبيه وأمه وأخيه وزوجته الأولى حيث قتلوا جميعاً في غرف الغاز. وقد دوّن فرانكل خبراته في كتاب " من معسكر الموت إلى الوجودية " الذي طبع في ألمانيا عام 1946، وفي بريطانيا عام 1956. ثم طور هذا الكتاب ليطبعه عام 1962 تحت اسم " بحث الإنسان عن المعنى ". وكان لهذه الخبرة المؤلمة أبعد الأثر في نضج فكر فرانكل واكتمال تصور أهمية معنى الحياة لديه. حيث يعتبر " أن الحب هو أقصى وأعلى هدف للكائنات الإنسانية، وأن خلاص الإنسان إنما يكون من خلال الحب وفي أن يحب"، وأن "هناك هدفاً أقصى أو نهائياً للوجود". واصل فرانكل التَّعليم في جامعة فيينا حتى 1990، وفي عام 1997 توفي فرانكل بمرض في القلب، وقد بلغ مجموع مؤلفاته 32 كتابا"، ترجمت إلى لغات متعددة. (باترسون، 1990، ص 459 – 460).

يعتبر فرانكل زعيماً لثالث مدرسة نمساوية في العلاج النفسي بعد مدرستي فرويد وآدلر. حيث بدأ عمله في الطب النفسي بتوجه تحليلي بسبب كونه أحد تلاميذ فرويد، ثم تأثر بتوجهات الفلاسفة الوجوديين أمثال: شيلر (Scheler) وهيدجر(Heidegger). إلا أن أفكار فرانكل قامت على أساس انتقاداته التي وجهها لكل من التحليل النفسي الفرويدي وعلم النفس الأدلري، خاصة تلك الانتقادات الموجهة إلى نظريتي الدافعية لدى كل منهما. حيث يرى فرانكل ان مبدأ اللذة

الفرويدي، وإرادة القوة عند آدلر غير كافيين لتفسير سلوك الإنسان، فالسعي إلى تحقيق اللذة أو الوصول إلى المكانة للحصول على القوة والنفوذ لا يمكن أن يفسر كل صور النشاط الإنساني. ولهذا وضع فرانكل ما أسماه:

إرادة المعنى Will To The Meaning، حيث أن معنى الحياة لدى كل إنسان هو الذي يمكن أن يجعل من السعي الدؤوب وتحمل المعاناة شيئاً يرفع من قيمة الحياة ويجعلها تستحق أن تُعاش، بل إن الإنسان الذي يكتشف لحياته معنى وهدف هو الإنسان الذي يستطيع أن يتحمل ندرة اللذة والافتقار إلى المكانة والنفوذ دون أن ينتقص هذا من سعادته أو من صحته النفسية، فالمسعى الرئيسي للإنسان هو تحقيق المعنى في الحياة لا تعقب اللذة أو تعاظم السطوة. (فرانكل، 1998، ص 453).

ثانياً: مصادر نظرية الإرشاد بالمعنى:

تستند كل نظرية على سابقاتها ولا تنبثق من عدم، وهناك مجموعة من المؤثرات والعوامل التي تساعد بشكل مباشر وغير مباشر على ظهور أية نظرية. وفي محاولتنا لفهم نظرية العلاج بالمعنى فإننا لا نستطيع تجاهل تلك المؤثرات. وبالتالي يمكننا أن نحدد أربعة عوامل أساسية أثرت في تفكير فرانكل بشكل أو بآخر، ويمكن اعتبارها بمثابة الجذور الفلسفية والتاريخية التي انبثقت منها نظرية العلاج بالمعنى وهذه العوامل هي:

1) الفلسفة الوجودية (Existentialism):

الوجودية هي توجه فلسفي نحو فهم طبيعة وجود الإنسان ومعناه. حيث جاءت كرد فعل لوضع الإنسان المأساوي المفجع إبان الحرب العالمية الأولى وبسبب شعوره بالضياع وقلة الحيلة تجاه تعقيدات الحياة المعاصرة وماديتها وتقنياتها وما أدت إليه من اللامعنى في حياته، إلا أن الأساس الفلسفي لهذه الحركة يمكن رده إلى

كيركفارد الفيلسوف الدينامركي الذي وجد نفسه مضطراً إلى النظر في أسباب وجوده.(كمال، 1994، ص 378).

ويرى العلاج الوجودي أن الفرد يصنع نفسه ويغير نفسه في حياته الحاضرة، فالماضي لا يحدد حياة الشخص كما أن هذه الحياة لا تتحدد بالآليات الداخلية، فالناس ليسوا آلات تعمل طبقاً لمعادلات رياضية. فالوجودية اعتمدت على مجموعة من الأسس التي تعتبر أساسيه لكل الأساليب العلاجية الوجودية حيث ترى أن الإنسان حر ومسؤول وأنه كائن منفرد في وجوده وأنه دائما في حالة صيرورة وتوجه نحو المستقبل، وأن الحياة مهما ساءت أحوالها تحتفظ بمعناها وأن الموت حقيقة يتسم بها الوجود الإنساني فهو يزيد من مسؤولية الإنسان.(رحال، 1998، ص 18 – 19). ويرى باترسون أن فرانكل بدأ بتوجه تحليلي حيث كان أحد تلاميذ فرويد، إلا انه تأثر بكتابات الفلاسفة الوجوديين وبالأسس التي قامت عليها فلسفتهم، ثم بدأ يطور فلسفته الوجودية الخاصة وعلاجه الوجودي، حيث استخدم في عام 1938 مصطلحات التحليل الوجودي. ولكي يتجنب الخلط بين تحليل الوجود والتحليل الوجودي عند الفلاسفة الوجوديين، فقد ركز فرانكل على مصطلح العلاج بالمعنى. (باترسون، 1990، ص 495). ويرى كمال أن العلاج بالمعنى طريقة علاجية تتجاوز التحاليل الوجودية وتزيد عن مجرد تحليل الوجود (الكينونة) وتعني أكثر من أن تكون مجرد تحليل للفرد، وإنما أيضاً تعني المعنى (Logos). لهذا فإن علاج المعنى ليس تحليلاً فقط وإنما علاجاً أيضاً. (كمال، 1994، ص 371).

وبالرغم من أن العلاج بالمعنى ينتمي إلى الاتجاه الوجودي الإنساني في علم النفس والعلاج النفسي إلا أنه يتميز عن معظم المدارس الوجودية بوجود نسق نظري متكامل وهو ما يرفضه معظم الوجوديين، بالإضافة إلى أن العلاج بالمعنى كان الأسبق في تطوير فنيات خاصة به تتفق مع المفاهيم الوجودية. فالعلاج بالمعنى مدرسة علاجية وجودية تتكامل فيها النظرية مع التطبيق ويلعب فيها المعنى دوراً رئيساً في إعطاء قيمة حقيقية لحياة الإنسان. (فرانكل، 1998، ص 5)

2) الفينومينولوجيا (Phenomenological):

يدين المفكرون الوجوديون بالفضل لعبقرية الفيلسوف الألماني هوسرل (Husrel) مؤسس المنهج الفينومينولوجي، وقد أراد هوسرل من منهجية الفينومينولوجي أن يرفع الفلسفة إلى مرتبة العلوم الدقيقة بأن يجعلها دراسة للمعاني والماهيات الخالصة أو رؤية الماهية في الشعور، والخطوة الأولى في هذا المنهج هو أن نتخلص من كل الأحكام المسبقة ونستبدل كل ما من شأنه أن يتطفل على المعطيات المباشرة. وأن الفينومينولوجيا يجب أن تبدأ من ظاهرة الشعور باعتباره المادة الوحيدة المتيسرة للأفراد والظاهرة الوحيدة التي تمكننا من الوصول إلى طبيعة الأشياء. (ماكوري، 1982، ص 24)

وتعتمد الفينومينولوجيا على الإدراك والمعرفة أكثر من اعتمادها على التعلم، وترى بأننا نستجيب للأشياء والمفاهيم الخاصة بالعالم الظواهري الذي تحدث فيه تلك الأحداث. وتشير إلى أن وحدة تحليل السلوك هي الفرد نفسه الذي تكمن بداخله المكونات التي يبنى عليها سلوكه.(القذافي، 1993، ص 196). وقد ميز لنا هوسرل بين الأشياء كما تبدو لنا الأشياء ذاتها، وانطلاقاً من هذا التميز نجد كانت (Kant) يقول: إن عقلنا لا يمكنه أن يعرف الأشياء ذاتها أبدا ولكنه يعرفها فقط كما تبدو بالنسبة له... وبالتالي فإن الفينوميولوجيا تحاول الإجابة على السؤال التالي: ما هي العلاقة بين الوجود الواقعي الموضوعي الموجود خارج العقل، وبين الأفكار التي لدينا عن الواقع الموضوعي؟ (رحال، 1998، ص 22)

إن الفينومينولوجيا ليست سوى محاولة لتوضيح الطريقة التي يفهم بها الإنسان ذاته والتي يعبر من خلالها عن وجوده الخاص، بعيداً عن التصورات المسبقة للأنماط التأويلية والتوضيحية من قبيل الافتراضات الجاهزة. والفينومينولوجيا محاولة للوصول إلى فهم ذاتي غير منحاز للإنسان من منظور علمي (فرانكل، 1998، ص 12). وقد استفاد فرانكل من الطريقة الفينومينولجية في تحليله

للخبرات الإنسانية ودراسته للمعنى، حيث أثارت الفينومينولوجيا قضية هامة بالنسبة لفرانكل والتي يجسدها على الشكل التالي:

بما أن القيم نسبية دعونا نتناول السؤال: ما إذا كانت القيم ذاتية أم لا؟ صحيح أن المعاني في النهاية هي مسألة تفسير. ولكن ألا يتضمن التفسير دائماً اتخاذ قرار؟.. ألا توجد مواقف تسمح بتعدد التفسيرات التي على الفرد أن يختار منها؟.. إن خبرتي الخاصة علمتني أن هذا صحيح... فالمعنى شيء نسقطه على الأشياء التي حولنا، تلك الأشياء التي هي محايدة في حد ذاتها، وفي ضوء هذه الحيادية فإن الحقيقية تبدو مجرد شاشات نسقط عليها آمالنا وأفكارنا، كما لو كانت بقعة حبر رورشاخ. وإذا كان الأمر كذلك فالمعنى لن يكون سوى وسيلة للتعبير عن الذات وبالتالي شيء ذاتي في أساسه. على أي حال: فالشيء الذاتي الوحيد هو المنظور الذي من خلاله نقترب من الواقع، وهذه الذاتية لا تنقص بحال من الأحوال من موضوعية الواقع نفسه... وهذا يعني أن فرانكل يعتبر أن المعاني توجد بصورتها الواقعية والحقيقية في العالم الخارجي، أكثر منه داخل الذات، ولهذا يجب على الفرد أن يتجاوز ذاته نحو العالم الخارجي لالتقاط المعاني منه. (رحال، 1998، ص 23)

3) الممارسة الإكلينيكية:

مارس فرانكل عمله الإكلينيكي كأخصائي في الطب النفسي والأعصاب في إحدى مستشفيات فيينا، حيث كان رئيساً لقسم الأعصاب هناك. وأثناء مزاولته لمهنته وجد أن أغلب المرضى يشكون من شعور افتقاد المعنى في حياتهم، بالإضافة إلى الكثير من الأمراض التي تميز عصرنا الراهن والتي يمكن أن نعزوها إلى الإحباط في إرادة المعنى لديهم. فهذه الحالة من الإحباط تؤدي إلى العصاب (الاكتئاب – العدوان – الإدمان). وهناك أدلة ميدانية كثيرة قدمت من قبل غيره من المعالجين، والتي أكدت أن الشعور بافتقاد المعنى، أو كما يصطلح عليه فرانكل (الفراغ الوجودي) كان يلعب دوراً خفياً وراء بعض حالات الانتحار والإدمان.. وبناء على

ذلك شعر فرانكل أن مثل هذه الحالات ليست بحاجة إلى علاج بقدر ما هي بحاجة إلى علاج من نوع خاص، يتمكن من الدخول إلى البعد المعنوي لدى الإنسان، ويساعده على إيجاد معنى في حياته، ولهذا ابتكر فرانكل العلاج بالمعنى، كعلاج نوعي لهذه الحالات وكعلاج مكمل للعلاج النفسي في حالات أخرى (رحال، 1998، ص 24).

4) الخبرات في معسكرات الاعتقال النازية:

سُجن فرانكل في معسكرات الاعتقال النازية في ألمانيا في الفترة (1942 – 1945) وقد أُعدم (كما اسلفنا) كل من أبيه وأخته وزوجته في أحد معسكرات الاعتقال عن طريق غرف الغاز. ومن المعروف أنه في مثل هذه الخبرة المليئة بالضغوط النفسية والعذابات البدنية فإن الفرد قد يصاب بفتور في المشاعر وإحساس باليأس وفقدان الأمل بالمستقبل حيث تتجلى هذه الخبرات بثلاثة أطوار:

- الطور الأول: الصدمة لردود الأفعال العقلية لدى السجين تجاه حياة المعسكر.
- الطور الثاني: البلادة والموت الانفعالي، بالإضافة إلى عوامل التخيل الداخلي من اختلال الإحساس بالزمن الداخلي واستمرار حالة المعرفة واللاتوقع للغد التي أدت إلى الشعور بالعدم.
- الطور الثالث: يجسد نفسية السجين بعد ان تم الإفراج عنه، والذي تجلى بفقدان القدرة على الشعور بالسرور والشهية الزائدة والكلام الزائد، عدا عن ذلك حاجته الماسة إلى الرعاية النفسية بعد أن تم الإفراج عنه لما قد يهدد الطابع المميز لشخصيته من الفساد الخلقي والقسوة وفقدان الشخص أو الشيء الذي كانت مجرد ذاكرة تبعث فيه الشجاعة والقدرة على التحمل في المعسكر (فرانكل، 1982، ص 27 – 42، 99 – 119)

إلا أن ردود فعل فرانكل داخل معسكر الاعتقال كانت مختلفة تماماً عن بقية زملائه، ففي حين كان السؤال الذي يشغلهم هو: هل سنبقى أحياء بعد المعسكر؟ لأنه إذا لم يكن كذلك فكل هذه المعاناة بلا معنى، فقد كان السؤال الذي يشغل فرانكل هو: هل لكل هذه المعاناة ولهذا الموت من حولنا معنى؟ لأنه إذا لم يكن كذلك لن يكون هناك معنى للبقاء (رحال، 1998، ص 20)

وقد أدرك فرانكل كما يقول باترسون أن الإنسان يستطيع أن يحتفظ ببقية من الحرية الروحية ومن الاستقلال حتى في مثل هذه الظروف القاسية من الضغوط البدنية والنفسية، كما أنه يمكن لأي إنسان تحت مثل هذه الظروف أن يقدّر أنه سوف يصير أو يؤول إليه عقلياً وروحياً، فهو يستطيع أن يحتفظ بكرامته الإنسانية حتى في معسكرات الاعتقال، إنها الحرية الروحية التي لا يمكن انتزاعها والتي تجعل للحياة معنى وهدفاً كاملين، فإذا كان هناك معنى للحياة ففي معتقد فرانكل هناك معنى للمعاناة والألم، لأن الألم كالموت جزء لا يمكن تجنبه في الحياة، ومن غير الموت والألم فإن الحياة لا يمكن ان تكمل. وتكمن فرصة النمو في الطريقة التي يتحمل الفرد فيها هذا الألم . وعلى الفرد أن يكون لديه هدف وإيمان بالمستقبل، فبدون هدف وبدون أمل لا يوجد معنى للحياة، وليس هناك سبب للاستمرار. فالحياة تحدد مطالب كل فرد، وهذه المطالب تختلف من فرد لآخر، ولكي يواجه الفرد الحياة يتعين عليه أن يحدد معنى حياته (باترسون، 1990، ص 461).

وهكذا فإن هذه الخبرة القاسية التي عاشها فرانكل ومعايشته للموت في كل لحظة من لحظات الاعتقال وقسوة المعاناة واليأس، كان لها التأثير الكبير في نضج تفكيره واكتمال تصوراته حول أهمية معنى الحياة لديه وتوظيف هذا المعنى في خدمة الصحة النفسية.

ثالثاً: المفاهيم الأساسية في عملية الإرشاد النفسي بالمعنى:

1) الروحية:

تعتبر الشخصية المادة الأساسية لعلم النفس بشكل عام والإرشاد النفسي بشكل خاص، لذلك لابد لكل إرشاد (علاج) نفسي أن ينطلق من فلسفة خاصة عن الشخصية وخصائصها وتكيفها وصحتها النفسية. وتتكون الشخصية وتنمو نتيجة تفاعل العوامل الموروثة والمكتسبة، ويختلف فهم جوهر الشخصية باختلاف النظريات ووجهات نظر العلماء حولها. فإن "فرويد" مثلاً يعتبر أن "الهو" منبع للطاقة الحيوية النفسية ومستودع للغرائز والدوافع الفطرية، وهو يمثل الأساس الغريزي الذي ينتج عنه الطاقة النفسية، وهو لاشعوري. في حين أن "الأنا" مركز الشعور والإدراك الحسي وهدفها المحافظة على حياة الفرد وتنظيم السلوك. والأنا الأعلى هي مستودع المثاليات والقيم الاجتماعية والضمير. ويأتي "أدلر" ليناقض رأي "فرويد" معتبراً الإنسان كائن اجتماعي في أساسه حيث يفضل المصلحة الاجتماعية على المصالح الأنانية ويكتسب أسلوباً للحياة يغلب عليه الاتجاه الاجتماعي. أما النظرية السلوكية فإنها تشتق أساسها من عملية التعلم. ثم جاءت نظرية روجرز التي ترى أن الفرد يُولد ولديه ميل طبيعي لتحقيق ذاته، وهذا الميل هو الذي يوجه سلوكه، ومفهوم الذات هو صورة الفرد عن نفسه كما يرى نفسه وكما يراه الآخرون وحصيلة تقويمه لهذه الصورة.

أما النظرية الوجودية فقد أكدت على البعد الروحي الذي أغفلته النظريات الأخرى، فالروحية هي أهم خصائص الوجود الإنساني (الجسمي، النفسي، الروحي)، التي تميز الإنسان عن الحيوان، فالروحية تنبعث ظاهراتياً خلال الوعي الذاتي الحالي، ولكنها مشتقة من "اللاشعور الروحي"، فالروحية اللاشعورية هي الأصل وهي الجذر لكل وعي، فالذات ليست محكومة بالهو، ولكن الروح مولودة باللاشعور، "فالروحية هي الخاصية الرئيسة للفرد، ومنها يشتق الوعي والحب

والضمير الأخلاقي" (باترسون، 1990، ص 462). والضمير هو الأساس المسير للإنسان ومنه نستمد الحب والتذوق بالكمال. (الزيود، 1997، ص 280)

وبالرغم من تركيز "فرانكل" على البعد الروحي إلا انه كان ينظر إلى الأبعاد المتعددة والتي قد تبدو متناقضة في الشخصية على أنها في الحقيقة ليست سوى انعكاسات لنفس الشيء. ولتوضيح هذا الانطباع يستعين فرانكل بعلم الوجود الأبعادي Dimensional Ontology والذي يستند على قانونين أساسيين، القانون الأول: هو أن نفس الظاهرة إذا أسقطت خارج بعدها إلى أبعاد مختلفة أكثر انخفاضاً عنها سوف ترسم صوراً فردية تناقص بعضها البعض. أما القانون الثاني: فهو أنه إذا أسقطت مجموعة ظواهر مختلفة على بعد واحد منخفض عنها سوف ترسم صوراً متشابهة ولكنها غامضة (فرانكل، 1998، ص 30 – 31). ولو انتقلنا إلى الشخصية وطبقنا عليها هذين القانونين لأمكننا استنتاج نقطتين مهمتين هما:

- في محاولتنا لفهم الشخصية، يجب علينا أن ننظر إليها من جوانب مختلفة، وبالرغم من أن كل جانب من هذه الجوانب يقدم لنا صورة مختلفة، إلاّ أن هذه الجوانب تتكامل مع بعضها لتعطينا في النهاية صورة متكاملة عن الشخصية، أما إذا اقتصرنا فقط على جانب واحد وفهمنا به جميع الظواهر الإنسانية فإننا سنبتعد عن حقيقتها الكاملة. وإن هذا الجانب سيقدم لنا صورة واحدة فقط. ولنأخذ مثالاً على ذلك منشأ العصاب، فإما أن يكون نفسياً، أو جينياً، أو معنوياً، ونجد جدالاً بين الأطباء وعلماء النفس، فالأطباء يحاولون اعتبار أسباب جميع الأمراض فيزيولوجية. أما علماء النفس فيحاولون اعتبارها تعود لأسباب نفسية، وبذلك يبتعد كلاهما عن حقيقة المرض ومسبباته.
- بقدر ما نقتصر على زاوية رؤية واحدة في بحثنا عن المعنى في الحياة بقدر ما نبتعد عن ذلك المعنى، وبقدر ما نوسع أفق تفكيرنا ليشمل العديد من زوايا الرؤية بقدر ما نقترب من المعاني الحقيقية في حياتنا.

2) حرية الإرادة:

يرى فرانكل أن الحرية تتجلى في مواجهة أشياء ثلاثة متأثرة بها ولكنها تملك القدرة في مواجهتها بالقبول أو الرفض أو اتخاذ موقف تجاهها وهي:

- الغرائز.
- النزعة الموروثة (الميل).
- البيئة.

لا يوجد الإنسان مجرد وجود، لكنه يقرر ما سيكون عليه هذا الوجود، حيث أنه يرتفع فوق الظروف البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي ينبني عليها التنبؤ، ولكنها على المستوى الفردي غير قابلة للتنبؤ. حيث يرى فرانكل أن الإنسان حر إرادياً، وهو يعارض بذلك المبدأ الذي تلتزم به معظم مداخل دراسة الإنسان وبالتحديد مبدأ الحتمية والذي ينطلق من أن الإنسان ما هو إلا نتيجة للظروف البيولوجية والنفسية والاجتماعية أو هو نتاج للوراثة أو البيئة، وكما أنه غير قادر على اتخاذ أي موقف إزاء أي ظرف مهما كان الحال، وهذا يؤدي بدوره إلى إعفاء الإنسان من المسؤولية وتعزيز الهروبية العصابية لديه. (فرانكل، 1998، ص 61). فالإنسان كما يقول فراكل هو إنسان حر والحرية واتخاذ القرار والمسؤولية هي موضوعات، وإن ما يميز الإنسان عن جميع الموجودات هي ممارسته للحرية وقدرته على تشكيل مستقبله (رحال، 1998، ص 29)

إن حرية الإنسان ليست دائماً التحرر من، ولكنها أيضاً الحرية إلى، أو نحو شيء ما، والتي تبعاً لفرانكل هي المسؤوليات الفردية، فالفرد مسؤول أمام نفسه وأمام ضميره وأمام الله. والمسؤولية مرتبطة بالوعي من خلال الضمير(باترسون، 1990، ص 462). فالإنسان هو الجوهر الذي يقرر ما سوف يكون عليه في اللحظة التالية. وطالما أن الإنسان يمتلك الحرية، فلديه الفرصة لأي لحظة ليتغير، ولديه الحرية في هذا التغيير، ومن حق جميع الناس الاستفادة من هذه الحرية.

وبالرغم من تأكيد فرانكل على حرية الإنسان إلا انه أدرك الخطر المحتمل الذي قد تؤدي إليه هذه الحرية من انحلال أخلاقي وعدم امتثال للقوانين في المجتمع، لذلك فهو يؤكد بمقابل هذه الحرية على مسؤولية الإنسان في اختياراته الحرة (رحال، 1998، ص 19). والعلاج بالمعنى يحاول أن يجعل المريض واعياً بمسؤولياته، وبالتالي يترك له الاختيار ويساعده على أن يفهم نفسه كمسؤول. (باترسون، 1990، ص 462). ولكي نسمح للآخرين أن يكونوا على قدر مسؤولياتهم يجب أن ننظر لصنع القواعد الأكثر اختياراً لأنفسنا.

3) إرادة المعنى:

تعّبر إرادة المعنى عن حاجة الإنسان إلى وجود معنى في حياته فهي أشبه ما تكون بقوة جاذبة لطاقات الإنسان حول مركز يبلور فيه معنى لحياته، فكما أن الإنسان بحاجة إلى قوة جاذبة أرضية حتى يثبت أقدامه على الأرض ويتمكن من الوقوف عليها، فإنه يحتاج قوة جاذبة وجودية من المعنى ليؤكد من خلالها ذاته ويثبت وجوده.

يرى فرانكل أن الدافع الأساسي في شخصية الفرد ليس الرغبة في تحقيق اللذة أو القوة، بل الرغبة في تحقيق معنى، وهذا المعنى أعمق شيء يدفع الإنسان، أي أنه أهم ظاهرة إنسانية، لأن الحيوانات بالتأكيد لا تقلق أبداً على أي معنى لوجودها. والمعنى لم يُخترع بواسطة الكائنات الإنسانية – كما يدعي سارتر – ولكنه يُكتشف بواسطتهم – كما يقرر ذلك فرانكل. فالإنسان يستطيع أن يعطي معنى لحياته بالتمسك بالقيم المبدعة وبإنجاز المطالب، وهذه القيم تعّبر عما يأخذه الإنسان من العالم من خلال معايشة الخبرات واللقاء بالآخرين أو بمعرفة كائن إنساني واحد بكل ما يتفرد به، ومعنى أن تخبر إنسانا واحداً متفرداً أو أن تحبه وحتى عندما تستحيل هذه الخبرات وتستعصي، وأيضاً يستطيع الناس إعطاء حياتهم معنى بوضع القيم الخبرية موضع الاعتبار، وذلك بأن يخبروا الخير والحق والجمال، أو بمعرفة كائن إنساني واحد بكل ما يتفرد به، فإن الإنسان يظل قادراً

على أن يعطي حياته معنى بالطريقة التي يواجه بها مصيره أو أحزانه. (باترسون، 1990، ص463).

فنحن في بعدنا الإنساني كما تقول اليزابيث لوكاس لا نكون مهتمين بشكل أساسي بإشباع أو إرضاء الدوافع، أو إيجاد حالة من التوازن الداخلي أو خفض الضغوط وإشباع اللذات، كما يؤكد على ذلك أنصار المدارس النفسية، ولكننا نكون في هذا البعد محركين من خلال إرادة المعنى... فإذا صممنا الوصول الى هدف مختار من قبلنا، أو نذرنا نفسنا لمهمة ما أو جعلنا قضية ما مركز اهتمامنا، أو أحببنا شخصاً ما فإننا سوف نكون مستعدين لتقديم التضحيات وننسى دوافعنا ونكون سعداء بسبب ما لدينا من رضا عن الذات.. لأن – كما يقول فرانكل: من لا يعرف من اجل ماذا يعيش لن يكون قادراً على الاستمتاع بأي شيء كان.(رحال، 1998، ص 29).

ويرى فرانكل أنه لا ينبغي أن يسأل الإنسان عن ماذا يعني أن يكون للحياة معنى؟ بل الأولى به أن يدرك أنه هو الذي ينبغي أن يوجه إليه السؤال، وبكلام آخر: كل إنسان مسؤول أمام الحياة، ويستطيع أن يجيب الحياة فقط عندما يستجيب لحياته أولاً، ويكون مسؤولاً. (باترسون، 1990، ص464). إن البحث عن المعنى هو دافع وراء الوجود الإنساني بما فيه فردية وحرية واختيار (الزيود، 1998، ص 294). ومعنى الحياة هو العامل الحاسم أو المقرر للمسؤولية، وهذا المعنى متفرد ويختلف من فرد لآخر.

4) معنى الحياة:

إن معنى الحياة هو معنى شخصي وفريد من حيث انه يخص شخصاً فريداً في خصائصه وظروفه النفسية والاجتماعية، فكل إنسان بمفرده هو شيء جديد في العالم ووجد ليحقق مهمته الخاصة في هذه الحياة، كذلك لا يمكن أن يحل شخص مكان شخص آخر، كما أن حياته لا يمكن أن تتكرر. يقول فرانكل: "ما يهم،

ليس معنى الحياة عموماً، لكن بالأحرى المعنى المعين لدى حياة شخص ما في لحظة معينة.") P171) Frankl, 1963,). ومن ثم تعتبر مهمة أي شخص في الحياة مهمة فريدة مثلما تعتبر الفرصة الخاصة في تحقيقها فردية كذلك. يقول فرانكل: " لا يهم حقاً ما تَوقّعنا من الحياة، لكن ما الذي توقعت الحياةَ منا؟ وجوابنا يجب أنَ يتضمن، لا الكلام والتأمل، لكن العمل الصحيح والتصرف السليم.".(Frankl, 1963, p122) ومما لاشك فيه أن هذه التفردية تزيد من مسؤولية الإنسان من وجوده (فرانكل، 1982، ص 145). فالكائنات الإنسانية تدرك القيم باتجاهاتها نحو مصيرها وآلامها التي لا مهرب منها، وهذه القيم التي تعكس الاتجاهات أو القيم الاتجاهية كما يسميها فرانكل وإمكانية اعتبار هذه القيم ومراعاتها تظل قائمة حتى آخر رمق في الحياة. (باترسون، 1990، ص 463).

يرى فرانكل أنه لا شيء يضيع في الماضي بطريقة يتعذر معها استرداده، بل إن كل شيء يحفظ فيه ويصان بطريقة تتعذر معها إزالته ومحوه. إن زوال وجودنا لا يحتم أن يجعل وجودنا هذا بلا معنى، لكنه يحدد التزاماتنا بالمسؤولية واستعدادنا لتحملها، ذلك أن كل شيء يتوقف على تحقيقنا لما عندنا من إمكانات مؤقتة سمتها الأساسية أنها قابلة للزوال. ويسعى الإنسان دائماً ليقرر اختياراته المتعلقة بذلك القدر الهائل من الإمكانات الحالية منها سوف يذهب إلى العدم ومنها سوف يعيش. وهناك من الاختيارات ما يصير حقيقة إلى الأبد، فينبغي أن يقرر الإنسان في كل لحظة، ما سيتركه من أثر لوجوده وذكريات لحياته سواء أكانت آثاراً حسنة أو سيئة. إن الإنسان عادة ما يهتم بالمجال السطحي من الزوال ويغفل الماضي بما فيه من مخزون كبير، حيث لا شيء من الماضي يمكن إزالته وإبطاله، كما لا يمكن عمل شيء بمعزل عن الماضي، وبالتالي الوجود الواقعي هو النوع الأرسخ للوجود. ويَضع العلاج بالمعنى في اعتباره أن قابلية الزوال للوجود ظاهرة حتمية، فليس العلاج بالمعنى أنه اتجاه تشاؤمي ولكنه اتجاه فعّال وواقعي. (فرانكل، 1982، ص 159 – 160)

إن الأشخاص المتشائمين الذين يشغل بالهم التقدم في العمر، شأنهم شأن الشخص الذي يراقب التقويم المعلق على الحائط بشيء من الخوف والحزن حين يرى أوراقه تتناقص، ويرى معها عمره يتناقص أيضاً. أما الشخص الذي يتصدى لمشكلات الحياة بفاعلية هو أشبه بالشخص الذي يزيل كل ورقة من هذا التقويم ويحفظها مع مثيلاتها من أوراق سابقة. إنه لا يحسد الشباب على حيويتهم، ويعيش واقعه، رغم أنه يتذكر شبابه الذي ولى. عندئذ سوف يرى الشخص المتفائل أن في الماضي حقائق واقعية، مثل الأعمال التي أنجزها، وقدم من خلالها فائدة للناس ولذاته، وذكريات الحي الذي عاش فيه وأحبه، والأصدقاء، وفوق هذا وذاك، حقيقة المعاناة التي عاشها في حياته والتي يشعر بالفخر والاعتزاز لوجودها في حياته.

ولهذا فإن معنى الحياة لن يتوقف على طولها أو قصرها، ولكنه يتوقف على ما يحققه الإنسان من معان في حياته، حتى إذا ما داهمه الموت كان لديه ذخيرة من المعاني المحققة في الماضي. فالوجود الواقعي المحقق هو النوع الأرسخ للوجود.

وقد عبر فرانكل عن الحالة الذي يبقى فيها الإنسان متفائلاً رغم كل الجوانب المأساوية في حياته بمصطلح التفاؤلية التواجدية، والتي يعرفها فرانكل: بأنها بقاء الإنسان متفائلاً رغم الألم أو المعاناة أو الذنب أو الموت. وإن صح القول إنها تعبير عن السؤال:

كيف نقول نعم للحياة رغم كل شيء؟ أو كيف يمكن أن يعود للحياة معناها رغم مظاهرها المأساوية؟ وفي إجابة فرانكل على هذا السؤال يرى أنه لو نظرنا إلى إمكانات الإنسان بأفضل صورها فإننا نجد أن بإمكانه:

- تحويل المعاناة إلى انجاز أو مأثرة، حيث انه عندما يجد الإنسان ان مصيره هو المعاناة فعليه أن يتقبل معاناته كأنها مهمة فريدة ومميزة مفروضة عليه وأن يظهر الشجاعة في تقبل المعاناة التي لا تقلل من قيمتها الدموع والاعتراف بلحظات الضعف.

- أن يستمد من الذنب فرصه لتغيير ذاته نحو الأفضل.
- أن يستمد من زوالية الحياة حافزاً ليسلك بشكل يعبر عن المسؤولية، فالموت هو الذي يشعرنا بما في الزمان من طابع فريد لا يقبل الإعادة، والجهل بساعة الموت هو الذي يحفزنا إلى العمل على الاستفادة مما في أيدينا من لحظات حاضرة ومحدودة، فضغط زوالية الحياة هو الأساس الوحيد في جعل الإنسان يشعر بضرورة الاستفادة من الوقت العابر (رحال، 1998، ص 30 – 31).
- إن الشيء الذي لا يمكننا إلغاؤه أو المفر منه حتمية المعاناة، ولكن هذه الحتمية للمعاناة لا تعني بأي شكل من الأشكال إلغاء معنى الحياة. لأن معنى الحياة ذاته يتولد أساساً من المعاناة.
- لا يستطيع الإنسان أن يحقق المعنى في حياته دون أن يكافح ويجاهد في سبيله، ويهرب المعنى من الفرد الذي لا يستطيع أن يتحمل المعاناة ويتمتع بالصبر. فالحياة لا يمكن أن تسير على وتيرة واحدة، بل لا بد وأن تواجهنا فيها المشكلات التي تحتاج إلى كثير من الشجاعة والثقة بالنفس، بحيث يصبح من الضروري على الإنسان أن يعايش المشكلات ويواجه المعاناة بانشراح الصدر الذي يمكنه من الإحساس بالتغلب على المشكلات والشعور بالرضا الذي يجعله يتجاوز مرحلة اليأس. ولا يوجد شيء يساعد الإنسان بفاعلية حتى في أسوأ الظروف مثل معرفته بأن هناك معنى في حياته (فرانكل، 1982، ص 150 – 152).
- المعاناة ظاهرة مشتركة بين جميع الناس، وهي جزء لا يتجزأ من حياة الإنسان، فهي تعيش معه منذ ولادته وحتى مماته، ولكل إنسان ظروفه التي تجعله يعاني بشكل أو بآخر.
- إن الإنسان الذي لا هدف له في الحياة، لا معنى في حياته، وبالتالي لا يكون قادراً على تحمل معاناته في الحياة.

5) الديناميات المعنوية:

إن بحث الإنسان عن المعنى وسعيه نحو تحقيق القيمة ربما يثير توتراً داخلياً بدلاً من أن يؤدي إلى اتزان داخلي ومع ذلك فإن هذا التوتر هو بالضبط المطلب الذي لا بد منه للصحة النفسية، وأنه لا يوجد شيء في الدنيا يمكن أن يساعد الإنسان بفاعليه على البقاء وحتى في أسوأ الظروف مثل معرفته بأن هناك معنى في حياته. وإذا كان هناك قلق وجودي يتفجر من افتقاد المعنى في الحياة، هو قلق اللامعنى، فإن هناك في المقابل قلقاً وجودياً ينبثق من وجود المعنى في الحياة وهو قلق المعنى، وقد أطلق فرانكل على هذا النوع من القلق اسم الديناميات المعنوية والتي يعرفها بأنها تلك الديناميات الموجودة في مجال التوتر والذي يتمثل قطباه في الإنسان من جهة والمعنى من جهة أخرى. وقد اعتبر فرانكل ان هذه الديناميات مطلب أساسي للصحة النفسية، فالصحة النفسية تستند على درجة ملائمة من التوتر، ذلك التوتر بين ما حققه الفرد بشكل فعلي وبين ما يزال عليه أن يحققه، أو الفجوة بين واقع الفرد وما ينبغي أن يصير عليه. إن ما يحتاجه الإنسان حقاً هو القدر المعقول من التوتر الذي تثيره التحديات للمعاني التي توجب تحقيقها، وهذا التوتر هو من الطبيعة الإنسانية. وهذا التوتر كامن في الوجود الإنساني وبالتالي فلا غنى عنه بالنسبة للصحة النفسية. (فرانكل، 1982، ص 140).

إن وجهة نظر فرانكل هذه تتعارض بشكل كبير مع نظريات الدافعية التي ترتكز على مبدأ استعادة الاتزان والتي تصور الإنسان كما أنه مهتم بمجرد المحافظة على اتزانه الداخلي من خلال خفض التوترات، ومثل هذا المبدأ لا يعطينا أرضيه كافية لفهم السلوك الإنسان، لأن الحياة الإنسانية تبدو كما لو أن الإنسان ليس بحاجة إلى مجرد استعادة الاتزان أو خفض التوتر بقدر ما يحتاج إلى معنى يجتذب تواتره وينظمها حوله بل وأكثر من ذلك فإن تلك التوترات قد تصل إلى ذروتها، فتلك اللحظة التي غامر فيها الإنسان بحياته كلها في سبيل ذلك المعنى الذي يجعله فوق الحياة ذاتها فيموت لأجله وتصمت توقعاته إلى الأبد ولكنها تخلق

ورائها تلك الصرخة اللا متناهية التي نطق بها وجوده وعبر من خلالها عن معنى الحياة (رحال، 1998، ص 34).

6) الفراغ الوجودي:

إن الفراغ الوجودي ظاهرة واسعة الانتشار منذ القرن العشرين، ويرى فرانكل أنه بالرغم من طموح الإنسان على وجود ذي معنى في حياته إلا انه في كثير من الأحيان قد تعترضه العقبات وتحول دون تحقيقه لذلك المعنى وتمنعه من فرض قيمه الشخصية على العالم الخارجي، فتنتابه حالة من الإحباط وخيبة الألم. ويطلق فرانكل على هذه الحالة اسم الإحباط الوجودي The Existential Fruition الذي يكون مسؤولاً بدوره عن ظهور العصابية لدى الإنسان.

وقد تتخذ حياة الإنسان في بعض الأحيان صورة أكثر سوداوية فتبدو حياته خالية من أي كفاح وغير جديرة بالعيش من أجلها، وبالتالي تبدو حياته كبركة آسنة تخلو من أي نبض ينطق بالحياة، وهذا ما يولد لديه شعوراً بافتقاد المعنى، فينظر إلى حياته الماضية على أنها تافهة وإلى مستقبله على أنه مظلم، ويعاني في حاضره من الملل والفراغ. وقد أطلق فرانكل على هذه الحالة التي يشكو منها أمثال هؤلاء الناس اسم الفراغ الوجودي. والذي يعّرفه بأنه خبرة بالافتقاد الكلي للمعنى الجوهري في الوجود الشخصي للفرد، ويكشف هذا الفراغ الوجودي عن نفسه أساساً في حالة الملل. وهنا نستطيع أن نفهم "شوبنهاور" حينما قال: إن الإنسانية قد حُكم عليها بشكل واضح أن تتأرجح بين طرفين أحدهما الضيق، وثانيهما الملل، وقد سبب الملل مشكلات تحتاج إلى حل أكثر مما تحتاجه مشكلات الضيق. (فرانكل، 1982، ص 143). وتؤكد لوكاس: أن الفراغ الوجودي ليس بصعب، ولكنه يشكل أرضية خصبة لنمو العصاب (رحال، 1998، ص3). ويرى باترسون أن الفراغ الوجودي ليس مرضاً بحد ذاته، ولكنه يؤدي إلى الإصابة بالمرض، أو ظهور سلوكيات تدميرية تعود على الفرد وعلى مجتمعه بشكل عام بالضرر والأذى (باترسون، 1990، ص 465).

إن الفراغ الوجودي هو خبرة بافتقار المعنى والهدف في الوجود الشخصي للإنسان، والذي يجد شعوراً بالفراغ، ويتجلى هذا الفراغ بشكل أساسي من خلال الملل الذي ليس مرضاً عقلياً أو انفعالياً بحد ذاته، ولكنه حالة إنسانية تميز عصرنا الراهن. ويعتبر انهيار القيم الإنسانية سبباً لهذا الفراغ الوجودي كما يقول فرانكل، حيث بدلاً من أن يسعى الكائن الإنساني إلى خلق قيم جديدة، فإن العكس هو الذي يحدث أن القيم العالمية في طريقها إلى الفناء، وهذا يفسر لماذا يجد الناس أنفسهم بشكل أكثر في ما يسمى بالفراغ الوجودي. ويرى فرانكل إن ما يحتاجه الإنسان ليس حالة اللاتوتر، ولكنه يحتاج إلى الكفاح في سبيل هدف جدير بالعيش من أجله، وعندما تتحقق جميع الحاجات الموجودة داخل الإنسان فإنه لن يجد ما يقوم به طالما أن جميع حاجاته قد تحققت، وهكذا تخلو حياته من الأهداف ويعيش الفراغ الوجودي. (فرانكل، 1982، ص 142 – 143)

وإن الذين لديهم فراغ وجودي يمكن أن نستدل عليهم من خلال عباراتهم الصريحة عن ذلك، فمثلاً بعضهم يقول: لا يوجد شيء في الحياة يجعلها تستحق أن تُعاش، وأيضاً من خلال إظهار الملل من كل شيء موجود أمامهم، والشعور بالاكتئاب والوحدة والعزلة. وقد يكون الفراغ الوجودي كما يرى فرانكل تحت اقنعة مختلفة مثل: الاكتئاب، العدوان، الإدمان. وفي بعض الأحيان يكون هنالك تعويض لإرادة المعنى المحبطة بإرادة القوة بما في ذلك الشكل الأكثر بدائية لإرادة القوة هو إرادة المال، وفي حالات أخرى تحل إرادة اللذة محل إرادة المعنى المحبطة. وهذا هو السبب في أن الإحباط الوجودي قد ينتهي غالباً بالتعويض الجنسي. ونستطيع أن نلاحظ في تلك الحالات أن اندفاع الطاقة الجنسية يصبح متفشياً في حالات الفراغ الوجودي(فرانكل، 1982، ص 143 – 144). وهؤلاء الأشخاص المعرضين لمثل هذه الظاهرة بحاجة إلى المساعدة من قبل العاملين في مجال الإرشاد والعلاج النفسي.

7) معنى العمل:

إن المسؤولية تجاه الحياة تفترض الاستجابة لمواقف تلك الحياة، ويجب أن لا تكون الاستجابة لفظية بل عملية أو فعلية، ويظهر الوعي بالمسؤولية كنتيجة للوعي بالهدف الشخصي الوحيد أو العياني أو " الرسالة الشخصية ". وتحقيق القيم الابتكارية يتزامن أو يتوافق مع الشخص في المجال الذي يمكن أن يرى تفرده وتميزه فيه، هذا العمل الذي يمكن اعتباره إضافة للمجتمع هو مصدر المعنى والقيمة لتفرد الشخص. إن المصدر ليس الوظيفة التي يعتمد عليها الإنجاز، فالوظيفة التي يشغلها الشخص لا توضع في الحساب، ولكن المعول كله يكون على الأسلوب الذي ينجز به العمل. والعصابيون الذين يظنون أن العمل المختلف قد يساعدهم على الانجاز وتحقيق المعنى يجب أن يعرفوا هذه الحقيقة السابقة، فليس العمل في ذاته، ولكن تعبير الشخص عن تميزه وتفرده في العمل أو العمل لأكثر أو لأبعد ما تقتضيه واجباته أو متطلباته هو الذي يعطي معنى لذلك العمل (باترسون، 1990، ص 475). ويتفاعل الفرد من خلال عمله مع البيئة المحيطة لتحقيق أهدافه وإشباع حاجاته، ويحيل قيمه ومثله حقيقة واقعية، ويبتعد عن عالم الأوهام والتخيلات ويوثق صلته بالعالم.

يعتبر العمل في نظر بعضهم مجرد وسيلة لكسب المال فقط، فيمضون حياتهم ركضاً وراء شيء زائل، وكأنهم جعلوا من تحقيق الغنى والثروة هدفاً لهم، وبزوال هذه الثروة سرعان ما يشعرون بخيبة الأمل وتفاهة ما كانوا يسعون وراءه، فتبدو لهم الحياة فارغة من أي معنى. وإذا كان العمل مصدراً من مصادر اكتشاف معاني في الحياة فإن انعدامه لا يحيل بالضرورة افتقار الحياة من المعنى، فمن الممكن الانشغال في أنشطة كثيرة ومتنوعة لاستخدام الوقت بصورة بناءة وتأكيد ثابت تجاه الحياة.

والإنسان العاطل عن العمل لا يجب أن يترك نفسه فريسة الشعور بالفراغ وعدم الفائدة، ولكن بإمكانه أن يحطم كل هذه الظروف الصعبة وينتزع منها معنى ومضموناً لحياته من خلال اهتمامات وهوايات يشغل بها وقته ويشعر من خلالها أنه مازال ذلك الإنسان القادر على التميز والعطاء. وكلما تعددت تلك الهوايات والاهتمامات كلما شعر الإنسان أن حياته بالمعاني التي تستحق أن تُعاش. "فعصاب البطالة يمكن التعامل معه بالعلاج النفسي، ولكن فقط عن طريق العلاج الوجودي، لأن المشكلة مرتبطة بمعنى الوجود، والعلاج الوجودي يوضح للشخص العاطل عن العمل طريقه إلى الحرية الداخلية بالرغم من موقفه الصعب أو السيئ، ويعلمه أنه من خلال الوعي أو المسؤولية يستطيع أن يوجد محتوى أو مضموناً لحياته الصعبة وأن ينتزع له معنى منها". (باترسون، 1990، ص 476)

8) معنى الحب:

إن البيئة المحيطة بالشخص حقل غني بالخبرات الإنسانية، والبيئة التي تتآلف فيها الذات مع آخر هي المنطقة التي يمكن أن تتحقق فيها القيم الخبرية (أي المستمدة من الخبرة)، والحب هو عيش خبرة شخص آخر بكل تفردها وفرديتها... ويتم في الحب فهم الشخص المحبوب بأخص خصائصه ككائن وحيد وفريد، ويفهم كأنه أنت، وبهذا يصبح داخل الذات. وكشخص إنساني يصبح بالنسبة إلى من يحبه لا غنى ولا بديل عنه، من غير أن يفعل أي شيء لإحداث ذلك.. فالحب ليس بالأحقية أو بالجدارة، إنه نعمة وفضيلة، وهو أيضاً سحر وفتنة (باترسون، 1990، ص 476).

إن الحب هو الطريقة الوحيدة التي يدرك بها الإنسان كائناً إنسانياً آخر في صميم شخصيته، فالمرء لا يمكنه أن يصبح واعياً تماماً بالجوهر العميق للكائن الإنساني الآخر دون أن يحبه. فبواسطة الحب يستطيع الإنسان رؤية الحقائق والميزات الأساسية في الشخص المحبوب، بل أكثر من ذلك، فهو يرى ما هو كامن لم يتحقق بعد كي يتحقق. كما يُمكّن الحب الشخص المحبوب من تحقيق

الإمكانات الموجودة لديه، وذلك يجعله واعياً بما يمكن أن يكون عليه، وبالتالي يجعل تلك الإمكانات حقيقة واقعية. فالحب يعطي الفرد تصوراً لذاته وتقبلها وشعوراً باستحقاق الحب، ويتيح له الفرصة لكي ينمو.

إن الشخص المحبوب بفضل هذه المساعدة من قبل من يحبه يسعى جاهداً لتحقيق إمكاناته فعلاً بما يعود عليه بالإعجاب والتقدير من قبل الشخص المحب له. فدائماً نجده مدفوعاً إلى العلو، يجاهد ويكافح باستمرار ليرقى بنفسه إلى أعلى درجة تجعله دائماً في صورة مرموقة ترضي الحبيب. فالحب طاقة وإنتاج، فالحب الحقيقي لا بد أن يدفع أصحابه إلى العمل والإنتاج، وكثيراً ما نسمع عن أولئك الذين قدموا أعظم أعمالهم في مناخ من الحب والوصال الوجداني، فكانت تجاربهم بمثابة طاقات منتجة وفعالة. كما ينمي الحب قدرة المحب على التحرر الذاتي والتسامي بالذات. فبفضل الحب يتحمل المحب كل العذابات والمعاناة في الحياة طالما أنه نذر تلك الحياة لحبيبه، فهو لم يعد يكترث بأية ظروف تواجهه طالما أنه بجانب الشخص الذي يحبه (فرانكل، 1982، ص 149). وينعكس سحر الحب على العالم وعلى قيم الشخص، وهناك عامل ثالث يدخل في الحب وهو "معجزة الحب"، وهي الدخول في حياة شخص جديد، كأنه طفل وليد. والشخص كمحب يمكن أن يختلف رد فعله إلى الطبقات الثلاث للشخص المحبوب: بدنياً ونفسياً وروحياً. والحب هو الاتجاه الذي يتوجه نحو الطبقة الروحية للمحبوب. وتحتوي هذه الطبقة التوحد الخاص بالشخص المحبوب الذي لا يمكن استبداله، والذي يتصف بالدوام. كما أن الحب هو أحد الطرق الممكنة لملء الحياة بالمعنى، وهو ليس أحسن الطرق على أية حال. وحياتنا يمكن أن تكون فقيرة بحق إذا كان معناها يعتمد فقط على السعادة في الحب. كما أن الحب الحقيقي يظل صادقاً إلى الأبد، أما العلاقات المبنية على الجنس علاقات سطحية، وهذه العلاقات ليست حباً، وهؤلاء المنغمسون في هذه العلاقات لا يريدون الحب الذي يعني المسؤولية. فالشخص الذي يحب يمكنه أن يشكل حياته بأسلوب مفعم بالمعنى. (باترسون، 1990، ص 477)

9) معنى المعاناة:

حينما يجد شخص نفسه في موقف لا مفر منه، وحينما يكون على شخص أن يواجه قدرا" لا يمكن تغييره، كأن يكون مرضا" عضالا" مثل السرطان، عندئذ فقط يكون أمام الشخص فرصة أخيرة لتحقيق القيمة العليا، لتحقيق المعنى الأعمق وهو معنى المعاناة. والمهم فوق كل ذلك هو الاتجاه الذي نأخذه نحو المعاناة والاتجاه الذي نجعل به معاناتنا فوق أنفسنا. واستشهد فرانكل بمثال واضح: حيث لجأ إليه ذات مرة طبيب متقدم في العمر كان يعمل ممارسا" عاما" طالباً الاستشارة بسبب ما يعانيه من اكتئاب شديد. ذلك أنه لم يستطع أن يتغلب على مشكلة فقدان زوجته التي ماتت منذ عامين والتي كان يحبها حباً جماً. وتساءل فرانكل كيف يمكن أن يساعده؟ وما الذي عليه أن يقوله؟ فواجهه بالسؤال التالي: " دكتور ما الذي يمكن أن يحدث لو أنك توفيت أولا"، وأن زوجتك بقيت على قيد الحياة بعد وفاتك؟ ". قال الطبيب بنبرة تعكس إحساسه بالدهشة والألم: "كان هذا سيكون لها أمرا" رهيبا" للغاية، إذ كانت ستحس باللوعة والمعاناة! ". عندئذ أجاب فرانكل: "هكذا ترى، يا دكتور، أنها كانت ستعيش تلك الآلام وهذه المعاناة، وأنك أنت الذي عشت من أجلها تتحمل المعاناة، وعليك الآن أن تضحي من أجلها بالبقاء وبتقديس ذكراها ". ولم ينطق الطبيب بكلمة واحدة ولكنه صافح فرانكل وانصرف بهدوء. (فرانكل، 1982، ص 149). ومن الطبيعي أن هذا لم يكن علاجا" بالمعنى الصحيح، طالما أن يأس الطبيب الزائر أولا"، لم يكن مرضا"، وثانيا" لأن فرانكل لا يستطيع أن يغير من قدره، لأنه لا يستطيع أن يعيد الحياة لزوجته. لكن فرانكل في تلك اللحظة قد نجح في تغيير اتجاه الطبيب نحو قدره غير القابل للتغيير، حيث أنه قد أصبح منذ ذلك الوقت فصاعدا" قادرا" على أن يرى معنى في معاناته، لأن المعاناة تتوقف عن أن تكون معاناة بشكل ما في اللحظة التي تكتسب فيها المعاناة معنى، مثل معنى التضحية.

من المبادئ الأساسية للعلاج بالمعنى أن الاهتمام الرئيس عند الإنسان لا يكون هو الحصول على اللذة أو تجنب الألم، وإنما يكون بأن يرى معنى في حياته. وهذا هو السبب في أن الإنسان مستعد للمعاناة، شريطة أن يكون لمعاناته معنى. ولا حاجة لنا للقول بأن المعاناة لا يكون لها معنى إلا إذا كانت ضرورية، ولا غنى عنها على الإطلاق، ففي حالة مرض السرطان مثلا" إذا كان من الممكن علاجه عن طريق عملية جراحية فلا يجوز أن يتحمل المريض قسوة المعاناة سيرا" بها في طريق الآلام نحو خاتمة محتومة، فليس في هذا أي بطولة وإنما هو مجرد تعذيب للذات. أما إذا كان الطب لا يستطيع أن يعالج المرض ولا أن يخفف من آلامه، فإنه ينبغي أن يستخدم مقدرة المريض على تحقيق معنى لمعاناته. وفي ذلك نجد أن العلاج النفسي التقليدي يهدف إلى إحياء مقدرة الشخص على العمل وعلى الاستمتاع بالحياة، في حين أن العلاج بالمعنى وإن كان يتضمن كل هذا، إلا أنه يمضي إلى ما هو أبعد منه وذلك عن طريق جعل المريض يستعيد، إذا لزم الأمر، مقدرته على المعاناة. (فرانكل، 1982، ص 151)

رابعاً: أهداف نظرية الإرشاد بالمعنى:

1. جعل المسترشد أكثر إدراكا ووعياً لحياته.
2. توضيح فردية المسترشد.
3. اعتبار الإنسان كائناً ينصب اهتمامه الرئيسي على تحقيق المعنى وتحقيق القيم بدلاً من أن يهتم بمجرد إرضاء أهوائه وإشباع دوافعه.
4. تعزيز الحرية في المسترشد، فالحرية هي حقيقة الوجود الإنساني. وهي الجوهر الذي يقرر ما سوف يكون عليه في اللحظة التالية.
5. الاهتمام بالبعد الروحي للوجود الإنساني الذي يميز الإنسان عن الحيوان، فالروحية تنبعث ظاهراتياً خلال الوعي الذاتي الحالي أو الآني.
6. تعزيز الشعور بالمسؤولية عند المسترشد. أي أن كل إنسان مسؤول أمام الحياة، ويستطيع أن يجيب الحياة فقط عندما يستجيب لحياته أولاً بأن يكون مسؤولاً.

7. التأكيد على أن معنى الشخصية الإنسانية مرتبط دائماً بالبيئة التي يحيا فيها الفرد.
8. إن الدافع الأساسي في الفرد هو الرغبة في تحقيق المعنى. ولكي يواجه الفرد مطالب الحياة المتعددة، فإنه يتعين عليه أن يحدد معنى لحياته.
9. تكوين هدف عند الإنسان، لأنه بدون هدف وبدون أمل لا يوجد معنى للحياة، وليس هناك سبب للاستمرار.
10. إن الحب هو أقصى وأعلى هدف للكائنات الإنسانية، وإن خلاص الإنسان إنما يكون من خلال الحب.
11. جعل الأشياء هدفاً تابعاً أو تالياً في الأهمية لتحصيل المعنى.
12. تحسين علاقة الفرد بالآخرين.
13. مساعدة المسترشد في تثبيت إرادته وتقويتها. حيث أن الهدف من العلاج بالمعنى ليس إعطاء معنى جاهز لحياة المتعالج، ولكن إيقاظ المتعالج لإيجاد معنى ملموس لوجوده، ويكون دور المعالج مجرد مساعد للمتعالج كي يقوم بهذه المحاولة.
14. تنمية الضمير الصحيح في اختيار المعاني وتحقيقها، فصحيح أن كل فرد حر في اختيار المعاني في حياته وأن المعالج لا يحاول فرض أي معنى على المتعالج لأن المتعالج يرجع إلى ضميره هو في اختيارها وتحقيقها، إلا أن ذلك لا يعني أن يبقى المعالج متمسكا" بهذه الحيادية حتى في حالات الطوارئ. فعندما يواجه المعالج مثلاً حالة تنطوي على خطر محاولة الانتحار أو قتل الآخر، فإنه يتدخل. فالإنسان حر في اختيار معنى لحياته ولكن دون إيذاء للآخر أو للذات.
15. إثراء نظام القيم لدى المتعالج، إذ أن العلاج بالمعنى يشير إلى علاقة مباشرة بين الصحة النفسية والقاعدة الواسعة من القيم التي تملأ حياتنا.
16. معرفة الفرد ما يريد، وهو واع لوجوده وحضوره، وأن اللحظة التي يميز فيها الفرد وجوده الحقيقي في هذا العالم ويدرك فيها تفرده هي لحظة لا تضاهى.

خامساً: عملية الإرشاد بالمعنى:

يحاول الإرشاد بالمعنى أن يجعل المسترشد واعياً كل الوعي بالتزامه بمسؤوليته، ولذلك يجب أن تترك له حرية اتخاذ القرار بشأن إدراكه لنفسه كشخص يتحمل مسؤوليته باختياره لأهدافه في الحياة. وإن مهمة المرشد بالمعنى ليس فرض أحكام قيمية على المسترشد، وليس إعطاء معنى لحياته، ولكن مساعدة المسترشد على اكتشاف المعنى الذي هو موجود أصلاً. إن مهمة المسترشد إذن أن يقرر ما إذا كان عليه أن يفسر مهام حياته على أساس كونه مسؤولاً أمام المجتمع أو أمام ضميره، إلا أن الغالبية من الناس يعتبرون أنفسهم مسؤولين ومحاسبين، وهم بذلك يمثلون أولئك الأشخاص الذين لا يفهمون حياتهم على أساس المهمة المقررة فحسب، ولكن يفهمونها أيضاً في ضوء ما يقرره ممن يكلفونهم بهذه الأعمال.

يعتبر الإرشاد بالمعنى بعيداً عن كونه عملية تفكير، وبعيداً أيضاً عن أن يكون مجرد وعظ ونصيحة، فالمرشد النفسي هنا ليس معلماً ولا واعظاً. ويحاول الإرشاد بالمعنى الاستفادة من الحوار السقراطي القائم على التساؤل في مناقشة المشكلات التي يعاني منها الأفراد. فكون الإرشاد بالمعنى يهتم بمشكلات وجودية أو روحية أو فلسفية فإنه ينطوي على مناقشة لهذه المشكلات. والحوار السقراطي القائم على التساؤل يمكن استخدامه، وليس من الضروري الدخول في جدال معقد مع المرضى. ويؤكد الإرشاد بالمعنى على أهمية العلاقة بين المرشد والمسترشد في نجاح العملية الإرشادية، فما يهم في العلاج بالمعنى ليست الفنيات بحد ذاتها وإنما العلاقة الإنسانية بين المعالج والمريض، أو هو ذلك الالتقاء الشخصي الوجودي (فرانكل، 1998، ص 10). وتتطلب العلاقة توازناً بين طرفين: الترابط الإنساني والتباعد العلمي، وذلك يعني أن المعالج يجب ألا يوجهه مجرد التعاطف والرغبة في مساعدة المريض، وألا يكبت اهتمامه الإنساني بكائن إنساني آخر، وذلك بأن يعامله فقط بمقتضى التكنيك الفني العلاجي. (باترسون، 1990، ص 479)

يجب أن يضع المعالج بعين الاعتبار الاختلاف اللا محدود بين المرضى، مما يؤدي إلى عدم التعميم من مريض إلى آخر، وهكذا فإن المعالج النفسي يواجه دائماً بمهمة مزدوجة، فمن ناحية عليه أن يهتم بتفرد كل شخص ومن ناحية أخرى يجب أن يتفهم بتفرد مواقف الحياة لدى هذا الشخص الذي يتعامل معه. وإن اختيار الطريقة العلاجية من أجل حالة معينة لا يتوقف على تفرد المتعالج فحسب ولكنه يتوقف على شخصية المعالج. ويمكن تشبيه هذا الأمر بالمعادلة التالية:

الطريقة العلاجية = تفرد المتعالج + شخصية المعالج

وهذا ما يفسر لنا لماذا قد تنجح طريقة علاجية معينة مع أحد المرضى في حين أنها تفشل عندما تطبق على مريض آخر أو من قبل معالج آخر.(رحال، 1998، ص 47)

لقد وضع فرانكل مجموعة من القواعد التي تحدد العلاقة بين المرشد والمسترشد ودور كل منها ومن أهمها:

القاعدة الأولى:

ضرورة إيجاد الفرد لمعنى في حياته، وهو أمر يتعدى مجرد إيجاد المعنى للحياة بحد ذاتها ليشمل إيجاد معنى للمعاناة ومعنى للموت.

القاعدة الثانية:

لا يقع على المرشد واجب أن يجد المعنى لحياة المسترشد، إنما على المريض أن يكتشف ويجد هذا المعنى المحدد بنفسه، ومهمة المرشد هي فقط في مساعدة المسترشد في مسعاه. فإيجاد المعنى ليس معناها اختلاف هذا المعنى وإنما اكتشافه (كمال، 1994، ص 473). وفي هذا تأكيد واضح على مسؤولية المسترشد سواء في إيجاد معنى في حياته أم في الاتجاهات التي يتخذها حيال ظروفه وصعوباته وأغراضه، فدور المسترشد في العلاج بالمعنى هو دور ايجابي وليس دوراً سلبياً.

القاعدة الثالثة:

في الإرشاد تتجه نحو ضرورة إدراك الفرد بأن له مهمة في الحياة وأنه ملتزم بتحقيقها وبأن معاناته هي جزء من هذا الالتزام.

القاعدة الرابعة:

هي في إدراك الفرد بأن تجاوز الذات هو جوهر الوجود، بمعنى أن الوجود يكون صارماً بقدر ما يكون مؤشراً إلى شيء خارج نفسه. وأن معنى حياة الإنسان يتحقق عن طريق القضية الخارجة عن نفسه والتي يجعلها قضيته والاستعداد لأن يموت ويحيا من أجلها.

القاعدة الخامسة:

تكمن في ضرورة توافر القدر الكافي من التوتر في حياة الإنسان، وقد يبدو متضارباً أن يسعى الإنسان إلى توفير التوتر في حياته بالنظر لما يسببه هذا التوتر من أمراض. غير أن فرانكل يبرر ذلك بالقول بأن: هناك أمراض تنشأ من التوتر، كما أن هنالك أمراض أخرى تنشأ عن فقدان هذا التوتر.

القاعدة الأخيرة:

التي تستند عليها نظرية الإرشاد بالمعنى هي أن عصاب المعنى لا يجد جذوره في الصراع القائم بين مختلف الدوافع أو بين أجزاء التكوين النفسي الهو، الأنا، الأنا الأعلى، كما هو الحال في أمراض العصاب النفسي، وإنما يجد جذوره في الصراع الذي يحدث بين مختلف القيم، أو في مسعى الإنسان نحو تحقيق معنى نهائي لحياته. وهذه القاعدة توضح بأن علاج المعنى يعنى بفشل الإنسان في كفاحه من أجل إيجاد معنى لحياته، وبالإحباط لإرادة المعنى عنده. وهكذا فإن جميع الحالات المرضية التي تعود أسبابها إلى الإحباط الوجودي فإنها قابلة للعلاج باستخدام العلاج بالمعنى.(كمال، 1994، ص 374 – 375).

سادساً: النظرة للاضطراب النفسي:

يُلاحظ أن ظاهرة الفراغ الوجودي قد ازدادت بشكل سريع في العقود الأخيرة، وقد أثّرت هذه المشكلة على المجتمعات المعاصرة بشكل كبير. والشكوى الشائعة للمضطربين نفسياً هي أن حياتهم ليس لها معنى، فقد تنقصهم المعرفة أو الوعي أو الهدف الذي يعيشون من أجله. إنهم يتألمون من الفراغ داخل أنفسهم، وهذا ما أطلق عليه فرانكل "الفراغ الوجودي". وهذا الفراغ الوجودي يظهر على شكل ملل أو ضيق أو اكتئاب، وهذا سبب الكثير من المشكلات التي تواجه الإنسان. وأحد مظاهر الاكتئاب يوم العطلة الأسبوعية عند بعض الناس وظهور الفراغ الداخلي في نفوسهم، وإحباط الرغبة هذا في وجود المعنى هو ما سماه فرانكل "الإحباط الوجودي". ويشير "باترسون" إلى أن هذا الإحباط يعوض عنه أحياناً بصورة غير مباشرة بوجود الرغبة في القوة، وفي حالات أخرى تحل الرغبة في المتعة محل إحباط الرغبة في المعنى، وهذا يُوضح لماذا يؤدي الإحباط الوجودي إلى تعويض جنسي، حيث يلاحظ في بعض الحالات أن الطاقة الجنسية تثور خلال الفراغ الوجودي. (باترسون، 1990، ص 465). وقد تظهر لدى بعض الأفراد ميول انتحارية أو رغبة في تعاطي المخدرات، أو سلوكيات غير سوية لملء هذا الفراغ مثل الإفراط في الأكل أو لعب الورق والنرد وغيرها.

وقد نجد أن نسبة من أولئك الأفراد تظهر لديهم رغبة في الموت لأن الحياة أصبحت خالية من المعنى في نظرهم وتعكس حالة من الفراغ الوجودي لديهم. وهكذا نجد أن المشكلات النفسية تأتي في كثير من الأحيان كاستجابة لملء هذا الفراغ لدى الإنسان مما يؤدي إلى شعوره بضعف الإرادة وقلة الشعور بالمسؤولية والضيق والقلق.

وقد يؤدي البحث عن معنى إلى توتر بدلاً من التوازن، ولكن مثل هذا التوتر – كما يشير باترسون – ليس مرضياً، إنه مطلب ضروري للصحة العقلية، فالصحة العقلية مبنية إلى حد ما على التوتر، التوتر بين ما أنجزه الفرد بالفعل وما يزال من

الواجب عليه أن ينجزه، أو التوتر بسبب المسافة بين ما عليه الفرد بالفعل وما يجب أن يكون عليه. وما يحتاجه الفرد في المقام الأول ليس تفريغ التوتر أو التوازن أو الثبات الداخلي، ولكنه يحتاج لديناميه الروحية في قطبي التوتر، حيث يكون المعنى هو المعبر عن أحد القطبين، ويكون الإنسان الذي يجب أن ينجزه هو القطب الآخر.(باترسون، 1990، ص 465).

إن الصراعات الوجودية قد توجد من غير عصاب، إلاّ أن نظرية الإرشاد بالمعنى تعتبر أن كل عصاب له مظهر وجودي، وتضرب الأعصبة بجذورها في الأبعاد الرئيسة للكائن الإنساني: الجسمي، النفسي، المجتمعي، الوجودي (الروحي). ونورد فيما يلي بعض الأعصبة والذهانات التي تهتم بها هذه النظرية:

1) العصاب الروحي (الفكري) The Noogenic Neurosis:

ويظهر هذا العصاب نتيجة الصراعات الأخلاقية (بين القيم المختلفة)، أو المشكلات الروحية، ومن بينها الإحباط الوجودي الذي يلعب دوراً كبيراً. والاضطراب ليس في البعد الروحي ذاته، ولكنه يظهر في شكل بدني نفسي، فالأعصبة الروحية أمراض ناتجة عن الروح ولكنها ليست أمراضاً للروح أو في الروح ذاتها. (باترسون، 1990، ص 466)

2) العصاب الجمعي The Collective Neurosis:

يسيطر القلق على المجتمعات قديمها وحديثها، ولكن لكل مجتمع قلق يميزه. وهناك عدة أعراض معينة للفرد العصري تشبه العصاب، ويمكن اعتبارها عصاب جمعي. ونجد حسب هذه النظرية أعراض أربعة وهي:

أ. الشك وعدم الثقة بالحياة.

ب. الاتجاه نحو الجبرية أو القدرية في الحياة.

ج. التفكير الجمعي، حيث يحب الإنسان أن ينخرط في الجماهير، متخلياً عن نفسه ككائن مسؤول.

د. التعصب، فبينما الإنسان المنخرط في الجماهير يهمل شخصيته، فإن المتعصب يهمل شخصيات الآخرين.

وهذه الأعراض الأربعة تعود إلى خوف الإنسان من المسؤولية وهروبه من الحرية. وإن علاج الأعصبة الجمعية يكون بالتربية والصحة النفسية أكثر من العلاج النفسي.

3) عصاب القلق Anxiety Neurosis:

ينطوي هذا العصاب على اضطراب حركة الأوعية الدموية، كاضطراب وظائف الغدد أو العناصر الخلقية، وتعمل الخبرات المؤلمة كعوامل استعداديه أو كمثيرات تركز على الأعراض، ولكن القلق الوجودي يكمن وراء القلق العصابي. والقلق الوجودي هو: الخوف من الموت، والخوف من الحياة ككل (باترسون، 1990، ص 467). إنه ناتج عن ضمير يشعر بالذنب تجاه الحياة أو الشعور بعدم تحقيق الشخص لطموحاته، وقد يصبح هذا الخوف مركزاً على عضو من الجسم أو على موقف رمزي على شكل رهاب (Phobia). فالمريض الذي يخاف من الأماكن المفتوحة يصف قلقه بأنه شعور المتعلق بالهواء، وهذا يصور موقفه الوجودي كله، والذي كان العصاب تعبيراً عنه.

4) عصاب الوسواس Obsessional Neurosis:

يشتمل هذا العصاب على عوامل نفسية واستعدادات تكوينية وعلى عامل وجودي يتمثل في اختيار الفرد مواصلة العصاب الوسواسي. وكما يشير باترسون فإن "المريض لا يعتبر مسؤولاً عن الأفكار الوسواسية، ولكنه على اليقين مسؤول عن اتجاهه نحو هذه الأفكار".(باترسون، 1990، ص 467). والعصابي الوسواسي غير

قادر على التسامح مع ما هو كائن وما يجب أن يكون، ونظرته للعالم يجب أن تكون كمال مطلق، وهدفه تحقيق اليقين المطلق في المعرفة والقرار.

5) الذهان الداخلي أو جنون الصمت Melancholia:

يعاني مرضى الذهان الداخلي من قلق له أساس بدني، ومن عدم الكفاية النفسية، كالتوتر بسبب ما يكون عليه الفرد وما يجب أن يكون عليه، أو بين الحاجة الفعلية وما يمكن انجازه. وعدم الكفاية هذا يتم الشعور به كلون من العجز الذي يظهر في صور متنوعة من المخاوف التي كانت تسبق الحالة المرضية الحالية: كالمخاوف من عدم القدرة على كسب المال، أو من عدم القدرة على تحقيق أهداف الفرد في الحياة، أو الخوف من يوم القيامة. ويشعر المريض بأنه لا قيمة له، وأن حياته لا معنى لها (باترسون، 1990، ص 468).

6) الفصام Schizophrania:

تشكل ظواهر الشعور بالوقوع تحت التأثير أو الملاحظة أو الاضطهاد الواناً من الفصام. فالمنفصم يخبر ذاته أو يشعر بها، أو ينظر إليها كهدف للملاحظة أو الاضطهاد المقصود من الآخرين. وهو يخبر ذاته كما قد تحول من الفاعلية إلى المفعولية. وهذا الإذعان لهذه الخبرات يُستدل عليها من لغة الفصاميين، ومن استخدامهم المزاج الإذعاني. فالفصامي يخبر ذاته كشخص محدود في إنسانيته الكاملة، أي يراها كذلك لدرجة لم يعد معها يشعر بأن ذاته حقيقة موجودة، لقد تأثر الأمران: الوعي والمسؤولية. (باترسون، 1990، ص 469)

سابعاً: أهم تقنيات الإرشاد (العلاج) بالمعنى:

تعتبر الأساليب والتقنيات التي يقدمها الإرشاد بالمعنى بمثابة الصياغة الإجرائية لإطار النظرية التي يقوم بها هذا الإرشاد. إنها الجسر الذي ينتقل من خلاله المرشدون من حيز النظرية إلى أرض الواقع والتطبيق. وقد قدم أنصار الإرشاد بالمعنى مجموعة من التقنيات والأساليب التي يمكن أن تكون مفيدة في مواجهة بعض الحالات ونذكر من هذه التقنيات والأساليب:

1) تقنية القصد العكسي PARADOXICAL INTENTION:

وقد صمم هذه التقنية فرانكل وذلك لمواجهة عصاب الفوبيا وعصاب الوساوس القهرية وغير ذلك من حالات تنطوي على قلق مثل: اضطرابات النوم واضطرابات الكلام. ويقارن فرانكل بين ما يحدث عند المريض في حالة توقع القلق وما يحدث في حالة القصد العكسي، ففي حالة توقع القلق، فإن القلق يحدث نفس النتائج التي يتوقعها الفرد، وتوقع القلق يحدث اضطراباً في الأداء أو يمنع الأداء كلياً. حيث أنه بقدر ما يخاف المريض من حدوث أعراض المرض ويحاول تجنبه، بقدر ما يكون عرضة لحدوثه، فالمريض الذي يخاف من احمرار وجهه عند دخوله لبيئة جديدة، سوف يحدث له ذلك فعلاً طالما أنه خائف من احتمال حدوث ذلك، وطالما أنه يحاول بشدة ألا يحمر وجهه. وهكذا فإن المريض يقع في حلقة مفرغة بسبب ميكانزمات التغذية الراجعة. وفي ضوء هذه الظاهرة فكر فرانكل أنه لو حاول المريض أن يحمر وجهه بدلاً من محاولته ألا يحمر فإن هذه الحلقة ستنكسر وبالتالي لن يحمر وجهه، لأن اتجاهه من هذا العرض تغير من الخوف إلى الرغبة في حدوثه، وقد أطلق فرانكل على هذه العملية اسم القصد العكسي، ويعرف أنه محاولة المريض أن يفعل أو أن يرغب في حدوث ما يخاف منه، وتكون النتيجة انتزاع القلق التوقعي الذي يفسر ميكانزمات التغذية الراجعة والتي تبتدئ بها الحالة العصابية وتجعلها تستمر. (فرانكل، 1998، ص 123 – 124)

ويستخدم فرانكل في هذه التقنية مقدرة الإنسان الخاصة على فصل النفس لأغراض علاجية، ويفسر فرانكل المعنى الكامن في هذه التقنية العلاجية على أساس من توافر حسن النكتة في الإنسان. فالنكتة برأي فرانكل تساعد الفرد في الارتفاع فوق مشكلته عن طريق السماح له بالنظر إلى نفسه بشكل منفصل، وهكذا فإن النكتة قائمة في بعد المعنى. ويقول فرانكل أنه يتم تطبيق تقنية القصد العكسي في جو فكاهي حيث يحاول المريض إظهار أعراضه بشكل مبالغ فيه لدرجة تدعوه إلى الضحك على نفسه والسخرية من هذه الأعراض. وبذلك تصدق عبارة جوردن

اولبرت " أن العصابي الذي يتعلم أن يضحك على نفسه يمكن أن يكون في طريقه إلى التحكم بالذات وربما إلى الشفاء". (فرانكل، 1982، ص 164)

إن المريض المصاب بالفراغ والذي يخشى من أن يواجه موقفاً لأن شيئًا خطيراً سيصيبه فيه، فإنه يشجع على أن يقصد أو أن يتمنى ولو للحظة واحدة أن يواجه الشيء الذي يخشاه، فذلك يؤدي إلى تغير في مواقف المريض تجاه أعراضه المرضية مما يمكنه من أن يضع نفسه على بعد من هذه الإعراض، أي أن يعزل نفسه عن عصابه، وقد طبق فرانكل أسلوبه العلاجي القائم على أساس تشجيع الفرد على الا يهرب من أعراضه المرضية. بل على العكس أن يضع نفسه في موقف يزيد منه، ويتضح من ذلك أن أسلوب القصد العكسي يؤدي إلى التقليل من الأعراض العصابية أو إزالتها. (كمال، 1994، ص 358)

وهناك مجموعة من القوى التي تكون نشطة عند تطبيق القصد العكسي وهي:

- أن المريض يستخدم حريته الداخلية في استبدال الخوف بالرغبة، وبالتالي فإنه يحرر ذاته من أعراضه المزعجة، وذلك باتخاذ موقف ما نحوها، ومثل هذا الأمر يؤكد مسوؤلية المريض، ويمنع اعتماده على المعالج.
- يرتكز القصد العكسي على مبدأ في فيزيولوجيا الأعصاب مؤداه، أن الإنسان لا يمكنه أن يحدث استجابة لا إرادية بشكل إرادي (الخوف استجابة لا إرادية والرغبة هي فعل إرادي).
- أن تكرار تطبيق القصد العكسي لمرات عديدة وإعادة التدريب على نماذج من ردود الفعل الانفعالية لدى العصابي هو أمر ضروري لكي تتم عمليات إعادة الإرشاد.
- إن عدم وجود القلق لدى المعالج فيما يتعلق بأعراض مريضه ينتقل إلى المريض أيضاً ويصبح هو الآخر غير قلق بالنسبة لها.
- الدافعية، كما في كل أشكال العلاج النفسي تؤسس قاعدة لنجاح العلاج، ونظراً لأن هذه التقنية تقوم على مبادئ تقتنع بها الدراسة السلوكية فقد لاقت اهتماماً بالغاً من قبلها.

وبالرغم من أن تقنية القصد العكسي تتضمن المفاهيم الفلسفية للعلاج بالمعنى إلا أنها طبقت من قبل أنصار المدارس الأخرى وخاصة من قبل المعالجين السلوكيين الذين ساهموا في تقديم أدلة على الفعالية العلاجية لهذه التقنية.

1. تشتت التفكير DERELICTION:

قام فرانكل بتصميم هذه التقنية لمواجهة تلك الحالات التي تعاني من العجز بسبب وساوسها القهرية، فالإنسان يرتد على نفسه ويصبح مبالغاً في التركيز عليها فقط عندما يخفق في تحقيق رسالته ويحبط بحثه عن المعنى. وبالتالي فإن مبدأ تشتيت التفكير هو عملية تحويل انتباه الفرد من أعراضه العصابية إلى مجالات أخرى متبقية داخل شخصيته والتي مازال بإمكانها تأدية وظائفها بشكل كاف، مما يمكنه من إيجاد معنى وهدف يجعلان حياته جديرة بالعيش. فهذه التقنية تهدف إلى تحويل انتباه الفرد من نقاط الضعف الموجودة في شخصيته إلى نقاط القوة، وتشجيعه على تجاوز الذات والتوجه إلى العالم الخارجي لأن المعاني توجد في العالم الخارجي أكثر منه داخل الذات. فعندما يفشل الفرد في تحقيق أهدافه سوف يرتد على ذاته ويفرط في مراقبة نقاط الضعف لديه. ومثل هذا الأمر ينطبق على السعادة مثلاً فبقدر ما يفكر الفرد بسعادته ويبحث عنها بداخله بقدر ما يفشل، وبقدر ما يتجاوز ذاته ويفكر بأمور خارج ذاته (كمساعدة الآخرين أو سعادة الشخص الذي يحبه...) بقدر ما تأتيه السعادة بشكل آلي وتلقائي. ويجب على المريض أن يصرف تفكيره عن قلقه التوقعي إلى شيء آخر. وخلال عملية صرف التفكير يمكن للمريض إغفال عصابه عن طريق تركيز انتباهه بعيدا" عن ذاته، ويتوجه نحو حياة مفعمة بالمعاني الممكنة، وبالقيم ذات الجاذبية الخاصة لإمكاناته الشخصية.

2. اللوجودراما LOGODRAMA:

تستند هذه الطريقة على الإرشاد بالمسرحيات النفسية، ووفق هذه الطريقة يحكي كل فرد من أفراد المجموعة العلاجية قصة حياته وبعد ذلك يُطلب منه أن يتخيل الحياة وقد مضت به إلى الأمام وأنه الآن على فراش الموت ثم يتذكر حياته الماضية ليرى ما حققه من معان، فمثل هذا التخيل يزيد من إحساسه بالمسؤولية في عمل التصحيحات الضرورية وتقرير محتوى الفصل الثاني من حياته المتبقية. حيث يقدم فرانكل المثال التالي:

سألت سيدة: كم عمرك الآن؟ فأجابت ثلاثون عاماً، فقلت لها لا ليس ثلاثين بل ثمانين عاماً، وأنت الآن ترقدين على فراش الموت وعليك أن تعودي بذاكرتك إلى حياتك الماضية. حياتك التي هي بدون أطفال ولكنها كانت مليئة بالانجازات المادية، والمركز الاجتماعي. ثم دعوتها إلى أن تتخيل شعورها في هذا الموقف. ماذا ستقوله لنفسها؟ ولأقتبس ما قالته بالفعل من شريط أجرى تسجيله أثناء تلك الجلسة: " عجباً، لقد تزوجت من مليونير، وكانت حياتي سهلة ذاخرة بالثروة، وأخذت من الحياة الكثير وصرت أداعب الرجال وأعذبهم، لكن عمري الآن ثمانون عاماً، وليس لدي أطفال وإني الآن أنظر إلى كل حياتي الماضية كامرأة عجوز ولا أستطيع أن أرى من أجل ماذا كانت كل حياتي، وفي الواقع، كانت حياتي خيبة و فشلاً. (فرانكل، 1998، ص 142)

3. طريقة منهج القصة الرمزية:

يرى فرانكل أن الطبيب يجب ألا يعالج المرض فقط بل يجب أن يهتم باتجاه المريض نحو مرضه، فالمشكلة التي تزعج المريض ليس فقط الألم والمعاناة من المرض ولكن أيضاً القلق من الموت، وخاصة في حالة المرض العضال. وفي هذه الحالة يبقى أمام المعالج أن يوصل إلى المريض أنه لا شيء يضيع في الماضي، فكل شيء يدخر وكأنه مخزن والماضي هو أكثر الأساليب أماناً بالنسبة للكائن الإنساني.

إن طريقة منهج القصة الرمزية تقوم على العلاج بالمعنى ومصممة لمساعدة المرضى في الوصول إلى معنى، وذلك انطلاقاً من الأفكار التي يؤمن بها العلاج بالمعنى والتي تذهب إلى أن المعنى يمكن أن يكون موجوداً حتى في خبرة المرض والألم والمعاناة. ووفق هذه الطريقة تقوم الممرضة أثناء تعاملها مع المرضى بسرد حكاية رمزية بقصة توضح فيها أنه لا يوجد كائن إنساني في الوجود لم يعان. وأحد هذه القصص قصة حبه الخردل التي أوردها فرانكل:

حيث تذهب هذه القصة إلى أن هناك امرأة اسمها "جوتامين" وقد ولدت في الهند وتزوجت وذهبت لتعيش في بيت أهل زوجها، ثم ولدت طفلاً ولكنه مات، فبدأت تعيش حالة من الأسى، وحملت ابنها من مكان لآخر تطلب له دواء فهزأ الناس بها وضحكوا عليها، ورأف بها رجل ونصحها أن تطلب معونة أعظم الناس حكمة. فأخذت ابنها معها وسألت المعلم (الحكيم) عن دواء لابنها، فأخبرها الحكيم بأنها أحسنت صنعاً إذ جاءته تطلب الدواء وقال لها أن تجوب المدينة، وفي أي منزل تجده، حيث لا يكون أحد قد عانى أو مات، عليها أن تحضر من هذا المنزل حفنة من حبوب الخردل. فذهبت من بيت إلى بيت ولم تنجح أبداً في العثور على منزل لم يعان فيه أحد. عندها أدركت أن ابنها لم يكن الوحيد الذي عانى ومات، وأن المعاناة قانون سائد بين البشر. (فرانكل، 1998، ص 143)

ثامناً: تقويم النظرية:

إن نظرية الإرشاد بالمعنى نشأت متأثرة بالفلسفة الوجودية ثم أخذ فرانكل بتطوير فلسفة وجودية خاصة به نشأت من خلال ممارسته الاكلينيكية ومن وجوده في معسكرات الاعتقال. ولقد اهتمت هذه النظرية بالجانب الروحي للإنسان حيث أن العلاج بالمعنى يعالج المشكلات الفلسفية والروحية وهدفه حشد أقصى إمكانيات المريض لكي يدرك قيمه الدفينة وأن يحقق معنى ملموساً لوجوده الشخصي ومعنى الحياة.

إن بحث الإنسان عن معنى الحياة – كما يرى فرانكل – يعتبر دافعية أولية في حياته وليس مجرد تبرير ثانوي لدى دافعه الغريزي. وإذا كان البحث يعبر عن حاجة إنسانية ملحة موجودة لدى كل إنسان، إلا أن بعضهم قد تنجح مساعيه فعلاً في إيجاد معنى في حياته وبعضهم الأخر يفشل. وبناء على ذلك فإن فرانكل ميز بين مجموعتين من الناس:

1. أولئك الذين لا يزالون في حالة بحث عن المعنى أو أنهم في حيرة وهؤلاء يجدون أنفسهم في حالة رهيبة من الفراغ الوجودي، فهم لا يرون هدفاً لحياتهم وكل شيء يبدو بالنسبة لهم سلبياً وقابلاً للتساؤل، إنهم في بحث دائم عن هدف يسعون إليه، أو فكرة يعتقدون بها، أو مهمة ينجزونها.
2. أولئك الذين وجدوا معنى في حياتهم من خلال نظام من القيم الشخصية (رحال، 1998، ص 32)

وتعرف القيم بأنها تلك المعاني الشمولية التي تتبلور في مواقف نموذجية، على المجتمع وحتى الإنسانية أن تواجهها، وامتلاك القيم يخفف من متاعب بحث الإنسان عن المعنى، لأنها على الأقل في المواقف النموذجية توفر على الإنسان متاعب اتخاذ القرارات مع احتمال حدوث الصراع بين هذه القيم الذي يلعب دوراً هاماً في تكوين الأعصبة. (فرانكل، 1998، ص 70)

وقد قسمت كراتشفيل Kratochvil في مؤتمر الصحة النفسية المنعقد في لندن عام 1986 الذين اكتشفوا معنى لحياتهم إلى مجموعتين:

- الأولى: أولئك الذين اكتشفوا معنى لحياتهم من خلال نظام من القيم المتوازية.
- الثانية: أولئك الذين اكتشفوا معنى لحياتهم من خلال نظام من القيم الهرمية.

فالمجموعة الأولى يمكنها أن تجد معنى لحياتها من خلال مجموعة من القيم المتساوية في الأهمية بالنسبة لها، فقد نجد مثلاً إنساناً يرى سعادته ومعنى حياته من خلال ما يقدمه من عطاء لأفراد أسرته، ومن خلال إخلاصه لعمله، وممارسته هواياته، وإيمانه الديني، في حين نجد أن أفراد المجموعة الثانية يعيشون من أجل قيمه واحدة عظيمة، وتكون بالنسبة لهم في قمة القيم الأخرى والأقل مرتبة، فنجد مثلاً إنساناً يعيش من اجل عمله فقط، ويتجاهل كل شيء آخر من حوله.

وقد أثبتت كراتشفيل أن الناس ذوي التوجه نحو القيم المتوازية كانوا أكثر صحة واستقراراً من أولئك الذين لديهم توجه نحو قيمة هرمية واحدة وذلك لسببين:

1. إذا انهارت القيمة الأساسية الموجودة في نظام القيم الهرمي، فإن المعنى الكلي للحياة سوف ينهار أيضاً، لأن القيم الأقل مرتبة لن تكون مليئة بالمعنى إلى الحد الذي يجعلها تحل مكان تلك القيمة الأساسية المنهارة، في حين أنه في نظام القيم المتوازية يكون من السهولة أكثر أن تستبدل القيمة المنهارة بقيم أخرى تحمل نفس الدرجة من المعنى.
2. يميل الناس الذين لديهم قيمة واحدة عظيمة إلى التعصب (الذي يعتبر حالة غير صحيحة).

وهكذا فإن شعور الإنسان بالإحباط الوجودي يحدث إما عندما تنهار قمة القيم لديه في نظام القيم الهرمي أو عندما يفشل بحثه عن المعنى في إيجاد معنى. وفي كلتا الحالتين ينتاب الإنسان شعور بالإحباط وإحساس بالفراغ الوجودي، وهذا بدوره يولد حالة من عدم الاستقرار وقلقاً وجودياً يمس جوهر حياته بسبب افتقاد المعنى. (رحال، 1998، ص 32 – 33)

ويتحدد دور المرشد بالمعنى بتوعية المريض بالمجال الكلي للمعنى وما ينطوي عليه من قيم. ويؤكد فرانكل أن الحديث عن الجوانب المأساوية للوجود الإنساني وهي الألم والذنب والموت يجب ألا تدع الإنسان اعتبار أن العلاج بالمعنى تشاؤمي. إن العلاج بالمعنى تفاؤلي حيث أن المعالج بالمعنى يركز على المستقبل ولا يهتم بالماضي، حيث إن المعالج بالمعنى يتجاهل الأسباب التي لا تتغير، أما الأسباب القابلة للتغير فإنه يحاول أن يكتشفها لمساعدة المريض على التغلب عليها.

لقد بين الإرشاد بالمعنى الأهمية الكبيرة للخطوات التي يجب أن ينفذ من خلالها هذا النوع من الإرشاد، حيث أن الإرشاد بالمعنى مرن، والمرشد النفسي يواجه دائما بمهمة مزدوجة، فمن ناحية عليه أن يهتم بتفرد كل شخص، ومن ناحية أخرى يجب أن يهتم بتفرد مواقف الحياة لدى هذا الشخص الذي يتعامل معه. وإن اختيار الطريقة الإرشادية من أجل حالة معينة لا يتوقف على تفرد المسترشد فحسب، ولكنه يتوقف أيضاً على شخصية المرشد. إن دور المسترشد بالمعنى هو دور إيجابي وليس سلبي، حيث تقع على عاتقه مهمة في اكتشاف معنى حياته والاتجاهات التي يتخذها حيال ظروفه. كما أن القيمة الأساسية للإرشاد الوجودي هي التقبل المنفتح للمشاكل الفلسفية بما فيها الأهداف والقيم التي تهم المرشد في عملية الإرشاد.

إن الإرشاد بالمعنى إيمان وفلسفة للحياة، وفلسفة هذا الإرشاد الرئيسة هي الصراحة والتقبل الواضح للمشكلات الفلسفية المنطوية على القيم والأهداف لكي تكون موضع اهتمام المسترشد والمرشد. كما أظهر فرانكل اهتماماً كبيراً بالحرية والمسؤولية، بينما المرشدين الآخرين يظهرون اهتماماً سطحياً بذلك. ويرى فرانكل أنه بداخل كل منا إمكانات لتحقيق معان سامية مازالت لم تتحقق بعد وبإمكاننا أن نرسم منها صورة جيدة لحياتنا، إن الإنسان يمكنه أن يقرر ما سيكون عليه في اللحظة التالية. ويمكن أن يشكل في كل لحظة خصائصه الشخصية (فرانكل، 1982، ص 115).

ويخالف فرانكل التحليل النفسي في اعتباره الدافع الجنسي المحرك الأساسي لسلوك الإنسان، حيث يذهب الإرشاد بالمعنى إلى اعتبار إرادة المعنى هي ذلك المحرك الذي يفسر كفاحات الإنسان في الحياة.

إن الإرشاد بالمعنى ليس اتجاهاً تشاؤمياً كما كانت بقية الاتجاهات الوجودية بل هو تفاؤلي إزاء الحياة، لأن من تعاليمه انه توجد جهات مأساوية أو سالبة يمكن بفضل الموقف الذي يتخذه المرء حيالها أن تتحول إلى انجازات ايجابية، ودور المسترشد بالمعنى هو دور إيجابي وليس سلبي حيث تقع على عاتق المسترشد مهمة في اكتشاف معنى حياته والاتجاهات التي يتخذها حيال ظروفه.

استخدم فرانكل كلمة روحاني كفاتحة لمفاهيمه، ولكنه لم يستخدمها كمرادف لمفهوم التدين، وبالإضافة إلى ذلك فإنه وإن بدا أنه يستخدم مفهوم روحاني على التبادل مع مفهوم عقلاني أو عقلي، إلاّ أنه يذهب وراء مظاهرها المنطقية، وربما كان مفهوم فلسفي هو المرادف الأقرب إلى روحاني (باترسون، 1990، ص 489).

ونورد بعض سلبيات هذه النظرية:

- إن يأس الإنسان المتعلق بقيمة الحياة هو لون من الحزن، ولكنه ليس مرضاً نفسياً.
- إن الإحباط الوجودي ليس مرضاً في حد ذاته، كما أن كل صراع ليس بالضرورة أن يكون عصابياً.
- إن الألم ليس ظاهرة مرضية دائماً.
- إن المشكلات المتعلقة بوجهة نظر الفرد للعالم مرتبطة بالظروف البيولوجية والنفسية والاجتماعية، ولكنها ليست مسببة لها. وحتى عند وجود مرض عند الفرد فإن وجهة نظره في العالم لا يمكن وصفها بأنها مرضية.

- أن الإرشاد بالمعنى محدود بالأشخاص متوسطي الذكاء، وممن لا يعانون خلل في أداء الوظائف اليومية، وممن تتوافر لديهم القدرة على التأمل في ذواتهم بحيث يكونون متقبلين للفحص الذاتي. وهكذا فإن العلاج بالمعنى لا يمكن تطبيقه بنفس الدرجة من النجاح مع كل المرضى.
- إن المعاني والقيم يجب ألا تعتبر مظهراً مستقلاً عن مظاهر الفرد بل يجب أن يكونا متضمنتين كجزء من المظهر النفسي له.
- يلف الإرشاد بالمعنى الغموض، حيث أنه لم يعرض التطور بصورة منظمة لا على مستوى النظرية ولا على مستوى التكنيك.

وأخيراً: لقد قدمت نظرية الإرشاد بالمعنى فائدة للمرشدين والمعالجين النفسيين فهي لا تمثل عقبة ولا صعوبة في القراءة، ولا تتصف بالتشاؤم. ولها قيمة في نظرتها إلى التطور والاهتمام بمظاهر الحياة المعاصرة ومعناها، وبالقيم والأهداف والأعصبة، وهذه كلها لم تكن من قبل موضع اهتمام الأساليب الأخرى للإرشاد النفسي.

الفصل الرابع عشر

الإرشاد (العلاج) متعدد الوسائل

Multimodal Counseling

- مدخل.
- المفاهيم الأساسية للنظرية.
- أهداف النظرية.
- عملية الإرشاد متعدد الوسائل.
- النظرة للاضطراب النفسي.
- أهم فنيات الإرشاد (العلاج) متعدد الوسائل.
- تقويم النظرية.

الفصل الرابع عشر

الإرشاد (العلاج) متعدد الوسائل

Multimodal Counseling

أولاً: مدخل:

تعتبر نظرية الإرشاد متعدد الوسائل طريقة انتقائية من الناحية الفنية، إلا أن هذه الطريقة تعتبر انتقائية نموذجية لها ما يميزها عن الانتقائية الكلاسيكية لدى ثورن وغيره من أعلام العلاج الانتقائي. وإن الأمور التي تجعل هذه الطريقة مميزة تتضح من خلال البناء النظري لها بالإضافة إلى الأساليب التي تتبعها في التشخيص والعلاج والتي لا نجدها في نظريات الإرشاد الأخرى، إنها طريقة نسقية وشاملة للإرشاد النفسي.

إن واضع نظرية الإرشاد المتعدد الوسائل أرنولد لازاروس (Lazarus A.) أخصائي عيادي من مؤيدي العلاج السلوكي حيث اشترك مع ولبي (Wolpe J.) في بعض الأعمال، إلا أنه انفصل عنه، وكانت له آراؤه الخاصة بالأساليب العلاجية التي اقترحها ولبي. وبالإضافة إلى الأساس السلوكي الذي يتمتع به لازاروس فإنه استمد الكثير من نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا (Bandura A.) ونظرية الأنساق ونظرية الاتصال الجمعي.(لازروس، 2002، ص 48). وهكذا نجد بأن واضع هذا الاتجاه يتمتع بالأساس السلوكي في حين لم يغفل المدارس الأخرى في العلاج النفسي. وتتفوق هذه النظرية على السلوكية بإضافة أساليب قياس وتقويم جديدة ومتفردة، وكذلك في تعاملها بتفصيل وعمق مع أبعاد الشخصية باعتبارها عوامل مؤثرة تتفاعل فيما بينها. فالمرضى أو المسترشدين يعانون عادة من مجوعة من المشكلات المعينة، ويتناولها المعالج بمجموعة علاجات محددة.

والسؤال الذي يطرح نفسه هنا هو التالي: بماذا تختلف نظرية الإرشاد متعدد الوسائل عن غيرها من الاتجاهات الانتقائية الأخرى؟ وهذا يقود إلى التساؤل عن الأسس التي تستند إليها هذه النظرية وما هي التقنيات الإرشادية المستخدمة في ذلك؟.

لقد تعرضت الاتجاهات الانتقائية في الإرشاد النفسي لنقد كبير، فقد اشار "روجرز" (Rogers) إلى محاولة المزج أو التوفيق بين مدارس فكرية متنوعة بأنها انتقائية مزيفة لا تؤدي إلى مزيد من الموضوعية. وكتب سنج وكومبز (Snygg and Combs) أن هذا النظام الانتقائي يؤدي مباشرة إلى عدم التناسب والتناقض، لأن "التكنيكات المشتقة من أطر مرجعية متعارضة سوف تؤدي إلى التناقض". وبالتالي فإنه من وجهة النظر البحثية والعملية تعتبر الانتقائية غير مقبولة. (باترسون، 1990، ص 495)

أثناء التعامل مع أي حالة يطرح المرشد الذي يأخذ بالإرشاد المتعدد الوسائل على نفسه السؤال التالي: ما هو الإرشاد الأنسب لهذه الحالة؟ وبذلك يكون الإرشاد فردياً في المقام الأول. حيث تعتبر الفروق الفردية في الإرشاد متعدد الوسائل من أهم القواعد والمبادئ الإرشادية، حيث يعمل المعالج الذي يأخذ بهذا الاتجاه على معرفة هذه الفروق وتوضيحها من خلال عملية التقويم الخاصة بهذا الاتجاه والتي تتناول سبعة أبعاد للشخصية وهي (السلوك، التخيل، المعرفة، الإحساس، العلاقات البينشخصية، العاطفة، الجانب البيولوجي). ويشتمل الإرشاد النفسي على مجموعة من التقنيات المحددة، التي يمكن أن تُستخدم تحت ظروف معينة مع مشكلات معينة أو حالات معينة.

وهكذا يمكن أن نوضح الفرق بين الاتجاه المتعدد الوسائل وبقية الاتجاهات الانتقائية من خلال المنهجية في التقويم وانتقاء التقنيات العلاجية بعكس الطريقة العشوائية التي يعتمد عليها المعالجون الانتقائيون التقليديون أثناء ممارساتهم

العلاجية. وهذا النمط من التقويم يتيح للمعالج بهذا الاتجاه معرفة العلاج الأنسب لهذه الحالة.

ثانياً: المفاهيم الأساسية للنظرية:

يرى لازاروس أن سلوك الإنسان يتأثر بعدة عوامل داخلية بالإضافة إلى عوامل البيئة، فهو يُقر بأن للوراثة والتكوين البيولوجي دوراً مهماً في نمو الشخصية، وكذلك الدور الواضح والمهم للتعلم الذي يتم من خلال تفاعل الفرد مع الآخرين. كما أن الشخصية تنبع من التفاعل بين ما يحمله الفرد في جهازه الوراثي والبيئة الطبيعية التي يعيش فيها، وكذلك تاريخه الاجتماعي. (الشناوي، 1994، ص 258).

ويبدو واضحاً أنه في الانتقائية التقليدية يتم اختيار الإجراءات العلاجية بالاعتماد على مصادر نظرية متنوعة دون اشتراط أن يكون المعالج ينتمي إلى تلك المدارس العلاجية. أما في العلاج متعدد الوسائل لا يقوم المعالج بانتقاء التقنيات لشعوره فقط أنها قد تكون مفيدة وفعالة أو لمجرد الانتقال من نظرية إلى أخرى. ويرى (لازاروس) أنه على المعالج في العلاج المتعدد الوسائل أن يكون على دراية ومهارة كافية بالتقنيات المختلفة.

إن نظرية الإرشاد المتعدد الوسائل تستقي مفاهيمها وتقنياتها من نظريات: أدلر، اريكسون، الغشتالت، روجر، السيكودراما، العلاج بالواقع، وتحليل التعامل، بالإضافة إلى مفاهيم التعلم الاجتماعي (باندورا) والعمليات اللاشعورية وآليات الدفاع، بالإضافة إلى المعلومات الخاطئة أو المفقودة.(لازاروس 2002، ص 48 – 49) وفيما يلي توضيحاً لأهم هذه المفاهيم.

1) **التعلم الاجتماعي:**

يرى لازروس أن الكثير من سلوكياتنا يتم تعلمه من خلال الإشراط الكلاسيكي والإشراط الإجرائي، فمبدأ الاقتران من أهم مبادئ عملية التعلم. ويضاف إليها التعلم من خلال النمذجة أي بملاحظة الفرد لسلوك الآخرين ويشمل هذا المفهوم تعلم كل من السلوكيات الإيجابية والسلبية.(Jones 1996، p 330)

2) **الإدراك:**

فالأفراد يستجيبون للبيئة كما يدركونها وليست كما هي موجودة بالفعل ومن العوامل التي تؤثر على الإدراك:

أ. التوقعات
ب. كيفية استخدام اللغة
ج. توجيه الانتباه
د. القدرة على حل المشكلات
ه. مستويات الأداء.
و. القيم والاتجاهات والمعتقدات.(Colledge دن، 360)

3) **العمليات اللاشعورية:**

فالكثير من تعلمنا لا شعوري وغير متعمد ولا يقصد (لازروس) هنا العمليات اللاشعورية وفقاً للمفهوم الفرويدي المعقد وإنما (الأشخاص لديهم درجات مختلفة من الوعي وأنه رغم هذا النقص في الوعي فإن المنبهات غير المدركة تستطيع أن تؤثر في التفكير الواعي للفرد وفي مشاعره وسلوكه.(Jones 1996، 330)

4) ردود الفعل الدفاعية:

حيث يتعلم الأفراد العديد من ردود الأفعال الدفاعية اثناء عملية التعلم الاجتماعي ويكون الهدف من ردود الفعل الدفاعية تجنب الألم والقلق والانزعاج والاكتئاب وغيرها من الأمور المزعجة حيث يعمد الأفراد إلى نكران إدراكاتهم ومشاعرهم وكمثال على ذلك (إظهار مشاعر شخصية غير حقيقية للآخرين). (Colledge دن، 360)

5) المعلومات الناقصة او الخاطئة:

فبعض الأشخاص يشكلون مفاهيم ومعتقدات خاطئة حول حياتهم وطريقة الحياة فيها بشكل جزئي والبعض الآخر يفشلون بأن يدركوا حياتهم على أنها يمكن السيطرة عليها حيث يعتقدون بأن الأمور والأحداث الخارجية هي التي تتحكم بحياتهم فبينما تقوم المعلومات الخاطئة بتكوين أفكار خاطئة تقوم المعلومات المفقودة أو الناقصة بجعل الفرد مفتقدا للمعلومات اللازمة لتشكيل المهارات الأساسية والتي تكون ضرورية من أجل حياة ناجحة. (Colledge دت، 361)

6) التحديد المتبادل:

وهذه قاعدة أساسية عند باندورا ترى أن الناس لا يستجيبون بشكل تلقائي للمثيرات الخارجية، وإنما نجد أن أفكارهم حول تلك المثيرات ستحدد بشكل كبير ما هي المثيرات التي يلاحظونها، وكيف يلاحظونها، والقيمة التي يعطونها لهذه المثيرات، وكذلك المدة التي تدومها في أذهانهم. (الشناوي 1994، ص 258)

كما يرى "لازاروس" أن الأمر الأساسي والذي يكون بشكل دائم مطلوباً أثناء اختيار التقنيات هو مراجعة البيانات التي تدعم فاعلية تقنية ما في علاج العديد من الاضطرابات، فهذه البيانات التجريبية تكون مستمدة من البحوث التي تجري عادة على مدى واسع من الاضطرابات والتي تتضمن (الوسواس، نقص المهارات

الاجتماعية، الاكتئاب ثنائي القطب، الفصام، المخاوف، العرات العصبية، اضطرابات العادة، اضطرابات الهلع، التوحد، إدارة الألم،.... الخ). (Jones, 1996, p 339).

ولذلك لابد للمعالج أن يكون على دراية بأحدث هذه البيانات ونتائج البحوث التجريبية التي تدعم هذه التقنية أو تلك. كما أن المعالج في هذا الاتجاه يأخذ بعين الاعتبار العديد من العوامل أثناء قيامه باختيار التقنيات المناسبة لهذا المريض أو ذاك وهذه العوامل هي:

أ. تفضيلات المريض.

ب. تحديد التفاعلات القائمة في نموذج المريض.

ويتم ذلك من خلال الانتباه المتمعن لاستجابات المريض على بنود استبيان القصة الحياتية والذي غالباً ما يقدم في نهاية المقابلة الأولية.

وبالرغم من هذه الإجراءات المنهجية إلا أن لازاروس يرى أن هذه الإجراءات يجب أن تتم بمزيد من الحذر وذلك بسبب المخاطر الناجمة عن دمج الأفكار النظرية المختلفة التي قد لا تكون متكاملة بالإضافة إلى الخطر الناجم عن اعتماد المعالج على أفكار الخلفية النظرية العلاجية أكثر من اقتراح العلاج المناسب للمريض.

وعلى الرغم من جميع هذه الإجراءات والتحذيرات يؤكد لنا لازاروس إمكانية اختيار تقنية ما قد لا تكون مناسبة لحالة المريض. وهنا لابد للمعالج من إيقاف العمل بهذه التقنية واختيار تقنية أخرى تكون أكثر مناسبة وارتباطاً بحالة المريض على أن تكون هذه التقنية مدعمة بالبحوث التجريبية. (Jones, 1996, p 339).

ومن خلال ما سبق نجد أن عملية اختيار التقنيات الإرشادية في الإرشاد المتعدد الوسائل هي عملية علمية منهجية تعتمد على البيانات التجريبية وحالة العميل من خلال التقييم المنهجي والمدعوم بعملية القياس، ويعتبر ذلك جوهر الاختلاف بين الاتجاه المتعدد الوسائل وغيره من الاتجاهات الانتقائية.

ثالثاً: أهداف النظرية:

يهدف الإرشاد المتعدد الوسائل – بشكل عام – إلى التقليل من المعاناة النفسية وتحسين النمو الشخصي بالسرعة الممكنة للوصول بالفرد إلى الحالة الطبيعية التي تؤهله إلى العودة للاندماج بالمجتمع وبالتالي إنهاء حالة الاضطراب لديه وذلك باستخدام أساليب علاجية متعددة تختلف باختلاف الأفراد ومشكلاتهم.

أما على صعيد الأبعاد النوعية للشخصية فنحاول تحديد الأهداف التالية:

1. المساعدة في تقرير المشكلة والسلوك الراهن باستخدام الأبعاد السبعة للشخصية.
2. مواجهة السلوكيات غير المرغوبة والتي ترتبط بالاضطراب وتغييرها إلى سلوكات إيجابية وفعّالة.
3. التخفيف من حدة الانفعالات والأمزجة السائدة.
4. التخفيف من مشاعر الألم والإحساسات غير السارة وتغييرها إلى مشاعر ايجابية.
5. تعديل أفكار المريض الخاطئة وتصحيحها.
6. تصحيح صورة الذات والتخفيف من الذكريات المؤلمة وأحلام اليقظة.
7. تغيير الجوانب المعرفية غير المنطقية إلى جوانب منطقية.
8. إكساب المسترشد المهارة في تكوين علاقات اجتماعية، وتحسين العلاقات الاجتماعية القائمة لإعادة تأهيله ودمجه بالمجتمع.
9. إعطاء المسترشد واجبات منزلية علاجية تساعد على علاج المشكلة.

10. المساعدة في تحسين عادات السلوك الصحي وتنمية السلوكيات الرياضية.

11. إنهاء استخدام الأدوية.

رابعاً: عملية الإرشاد متعدد الوسائل:

يتضمن الإرشاد النفسي المتعدد الوسائل التقويم الشامل والإرشاد لمختلف وظائف الشخصية السبعة ويقوم من خلال هذا الأسلوب بإيجاد الطرق الإرشادية الملائمة لكل فرد على حدة، حيث يهتم هذا النوع من الإرشاد بالمشكلات النوعية أو الصعوبات ضمن كل وظيفة معينة بالإضافة إلى الاهتمام بالتفاعل القائم بين هذه الوظيفة وكل وظيفة من الوظائف الأخرى التي تشكل الشخصية والتي يعبر عنها بـ (BASIC – ID).

ويرى لازاروس أن انبعاث التنبيه وسوء الوظيفة قد يبدأ من أي وظيفة، إلا أنه يجدر بنا الاهتمام بالجانب البيولوجي لأنه يؤثر في جميع وظائف الشخصية وذلك من خلال عمل كيمياء الجسم (الأدرينالين) في كافة هذه الوظائف، كما أن الشخصية تتكون من التفاعل بين ما يحمله الفرد من عوامل وراثية من جهة، والبيئة التي يعيش فيها من جهة ثانية، وتاريخه الاجتماعي من جهة ثالثة. وهذا ما يؤكد وجود تفاعلات متعددة بين وظائف الشخصية.

حيث تتألف الشخصية من سبعة أبعاد (BASIC – ID) وهي:

1. السلوك (Behavior):

وهو عبارة عن السلوكيات الواضحة والظاهرة مثل الأفعال والعادات ووضعيات الجسم والاستجابات وردود الأفعال التي تلاحظ وتكون قابلة للقياس.

2. العاطفة (Affect):

وتشير إلى الانفعالات والأمزجة والمشاعر القوية (غضب، قلق،...الخ)

3. الإحساس (Sensation):

ويشتمل على كل ما يتعلق بالحواس الخمس ومن هذه الإحساسات (التوتر، الألم، الدواء، التعرق، الغثيان... الخ)

4. التخيل (Imagery):

ويتضمن أحلام اليقظة المتكررة، والذكريات الحية وصورة الذات.

5. البنية المعرفية (Cognition):

ويتضمن الأفكار والقيم والآراء.

6. العلاقات البينشخصية (Interpersonal Relationhips):

ويتضمن طريقة التعامل مع الآخرين (أصدقاء، أقران، رؤساء العمل المعارف... الخ) بالإضافة إلى المشكلات والمتاعب معهم.

7. الأدوية (Drugs):

وتتضمن الجانب البيولوجي (Bioloy): ويتضمن كل شيء يتعلق بصحة المريض الجسدية بالإضافة إلى الأدوية التي يتناولها الشخص سواء كانت بوصفه طبية أو لا. (لازاروس 2002، ص 102)

ويؤكد "لازاروس" أن هذه الأبعاد السبعة موجودة في كل شخصية، إلا أن كل شخصية تتميز ببروز واحد أو أكثر من هذه الأبعاد ضمن نسب مختلفة من شخص إلى آخر. حيث نجد أن الشخصيات تتوزع كما يلي:

- الشخصيات التي توصف بالفاعلية وتتكيف مع المواقف المختلفة.
- الشخصيات التي تبدو منشغلة بنفسها وتعمل بأكثر من مجال.

- الشخصيات التي تظهر أنها عاطفية جداً.
- الشخصيات التي تعطي أهمية كبيرة للخبرات الحسية.
- الشخصيات الحالمة والمتخيلة.
- الشخصيات التي تفكر وتخطط.
- الشخصيات التي تميل إلى تعاطي الأدوية والمنبهات بكثرة.
- الشخصيات التي تميل إلى اكتساب عادات السلوك الصحي.

ويعتبر تقويم هذه الأبعاد أمراً ضرورياً للمداخلة العلاجية الفعالة وذلك من أجل التعرف على المشكلات الحقيقية واختيار العلاجات المناسبة.

ويقوم الإرشاد المتعدد الوسائل بهذا التقويم كعملية للتشخيص تكون شاملة وتتسم بسهولة التذكر وسهولة التطبيق، وتقودنا إلى اختيار التقنيات العلاجية المناسبة من خلال التركيز على الأسئلة التالية:

1. ما هي السلوكيات التي ترغب القيام بها، وما هي التي ترغب بكبحها؟
2. ما هي السلوكيات التي تؤدي إلى السعادة؟
3. ما هي الأمور التي تجعلك تضحك؟
4. ما هي الأمور التي تشعرك بالحزن؟
5. كيف تتصرف عندما تشعر بالحزن؟
6. هل ينتابك القلق أو الغضب؟
7. ما هي الأمور التي ترغب الإحساس بها (برؤيتها، بسماعها، بتذوقها، بتلمسها، بشمها)؟
8. ما هي الأمور التي ترغب بالابتعاد عن الإحساس بها؟
9. كيف ترى نفسك في المستقبل؟
10. كيف تصف نفسك؟
11. ما هي تصوراتك عن جسدك؟
12. كيف تؤثر هذه التصورات على أفكارك ومزاجك وإحساساتك وسلوكك؟

13. ما هي أكثر المعتقدات والقيم التي تتمسك بها؟ وكيف تؤثر على مشاعرك وعواطفك؟.
14. من هم أكثر الناس أهمية بالنسبة إليك؟ وماذا تتوقع منهم؟ وماذا تعتقد بأنهم يتوقعون منك؟
15. هل أنت منشغل دائماً بصحتك؟ وما هي عادات الطعام والتمارين الرياضية التي تمارسها؟ هل تتناول أدوية أو علاجات معينة؟.

ومن خلال مراجعة استجابة الفرد على هذه البنود يمكن التعرف على جوانب الصيغة الأساسية للفرد (BASIC – ID)، وبالإضافة إلى ذلك يمكن تحديد أماكن تشوه الخبرات وبالتالي يمكن بناءً على ذلك اختيار التقنيات الإرشاية المناسبة وفقاً للشروط السالفة الذكر.

يهتم المرشد خلال الجلسة الأولى (المقابلة) بالتعرف على انشغالات المسترشد ومشكلاته والعوامل التي أدت إليها، ويتفق الأسلوب المتعدد الأوجه مع باقي مدارس العلاج في كيفية خوض المقابلة الأولى إلا أنه يركز فيها على البنود تبعاً للصيغة (BASIC – ID) وفي نهاية المقابلة يتوقع أن يكون المرشد قادرا على الإجابة عن معظم الأسئلة التالية:

- هل هناك أي علامات تدل على وجود أفكار غريبة، أوهام، تنافر العاطفة... الخ؟
- ما هي الشكاوي الرئيسة المعروضة والحوادث التي أدت إلى نشوئها؟
- هل هناك ما يدل على تجريم الذات والاكتئاب أو الميول الانتحارية أو القتل؟
- كيف يبدو المريض بالنسبة للسمات البدنية وأسلوب الكلام وموقفه من العلاج وفيما إذا كانت لديه سلوكيات حركية مضطربة (عرات، تصلب، عصبية،...الخ)؟
- ما هي العوامل السابقة الأكثر أهمية في حياته؟
- ما هي الأمور التي تؤدي إلى استمرار مشكلات المريض؟
- ماذا يريد المريض من العلاج؟

- هل هناك استطبابات أو مضادات استطباب في تبني أنماط علاجية معينة؟
- هل يمكن تنفيذ علاقة تبادلية مرضية أو يجب أن يتم تحويل المريض؟
- ما هي مواطن القوة والسمات الإيجابية في المريض؟
- لماذا يطلب المريض العلاج في هذا الوقت بالذات؟
- هل انطلق المريض من أرضية مشروعة في الأمل؟

وفي نهاية المقابلة الأولية يستحسن إعطاء المريض استبيان القصة الحياتية المتعددة الجوانب. (يمكن العودة إلى لازاروس، 2002، ص 60 – 88)

وقد يقوم المعالج ببعض الإجراءات الإرشادية اعتباراً من الجلسة الأولى، وهكذا يكون المرشد في الجلستين الأولى والثانية قد جمع ما يكفي من المعلومات والوقائع من خلال هاتين الجلستين بالإضافة إلى المعلومات التي يحصل عليها من خلال تطبيق استبيان القصة الحياتية، وبذلك يكون قادراً على تحديد مشكلة المريض ومعززاتها والأمور التي تؤدي إلى نشوئها، ويصبح بإمكانه تحديد بروفيل المريض الذي يشتمل على المشكلات التي يعاني منها المريض في الأبعاد السبعة لشخصيته. ويرى "لازاروس" أن مدة العلاج متفاوتة أدناها (20 أسبوعاً) ومتوسطها (سنة) بواقع جلسة واحدة كل أسبوع وقد تستمر لعدة سنوات. وفي نهاية عملية الإرشاد يتم إعداد بروفيل للمريض ليقارن مع البروفيل الذي تم إعداده في بداية عملية العلاج وذلك للتعرف على النتائج التي حققها العلاج. وفيما يلي وصفاً لبروفيل خاص بشخص عمره (33) سنة يعاني من حالة اكتئاب (لازاروس، 2002):

1. السلوك: انسحاب، تجنب، عدم نشاط.
2. الوجدان: اكتئاب، إثم، تجريم الذات.
3. الإحساس: ثقيل، مختلط، متحفز.
4. التخيل: صور لرفض الأسرة، تخيلات الموت.

5. المعرفة: حديث ذاتي حول الفشل السابق، تقريرات ذاتية حول عدم الأهمية الذاتية.
6. العلاقات الشخصية: سالبة، غير توكيدية.
7. العقاقير والبيولوجية: سبق العلاج بأدوية ثلاثية الحلقات، وقد تم تغيير العلاج الدوائي إلى آخر. (الشناوي1994، 263 – 264)

وإذا تطرقنا إلى العلاقة بين المرشد والمسترشد في عملية الإرشاد النفسي نجد أن المسترشد في هذا الاتجاه يحدد بعد وأنموذج العلاقة الإرشادية التي تلبي وتلائم حاجات المسترشد وتوقعاته. ويعتبر (لازاروس) أنه من أهم الأمور التي لابد للمعالج أن يبتعد عنها هي:

أ. أن يكون جامداً أو متقلباً.
ب. تحقير أو مس كرامة المريض.

كما يرى (لازروس) أنه لا ضير في إقامة علاقات مع المريض خارج إطار العلاج وذلك تبعاً لرغبة المريض، وهو يرى أن كلاً من المريض والمعالج يستطيع أن يستفيد من الأخطاء في العلاقة وتعديلها وفقاً لذلك. (لازروس 2002، ص 137)

وقد تتوضح العلاقة أو تظهر من خلال عدد من النقاط وهي:

أ) نوعية العلاقة:

وهنا تعتمد نوعية العلاقة على توقعات المريض واحتياجاته بالإضافة إلى النماذج أو الأبعاد المفضلة لديه لذلك قد يفضل مريض ما العلاقة العملية فيما يفضل عميلاً آخر العلاقة التي تتسم بالدفء والمشاركة الوجدانية.

ب) معرفة نمط العميل:

وهنا يجب أن يأخذ المرشد قراراً حول ما يلي:

- فيما إذا كان المريض بارداً أو دافئاً أو بينهما.
- فيما إذا كان المريض منغلقاً على ذاته أو لا.
- فيما إذا كان يستخدم أسلوباً لبقاً أو صارماً.
- كيف يمكن أن يوافق بين المواجهة والدعم.
- متى يجب أن يكون غير رسمياً أو متى يجب أن يكون مهنياً.
- متى يجب أن يواجه المريض ومتى يجب عدم مواجهته.

ج) المواجهة والدعم:

المرشدون دائماً وباستمرار يوازنون بين الدعم والمواجهة اللذان يحتاجونهما تبعاً لفردية كل مريض وهناك أربعة أنماط لهذه الموازنة وهي:

- مواجهة عالية. دعم عالي.
- مواجهة منخفضة. دعم منخفض.
- مواجهة منخفضة. دعم عالي.
- مواجهة عالية. دعم منخفض.

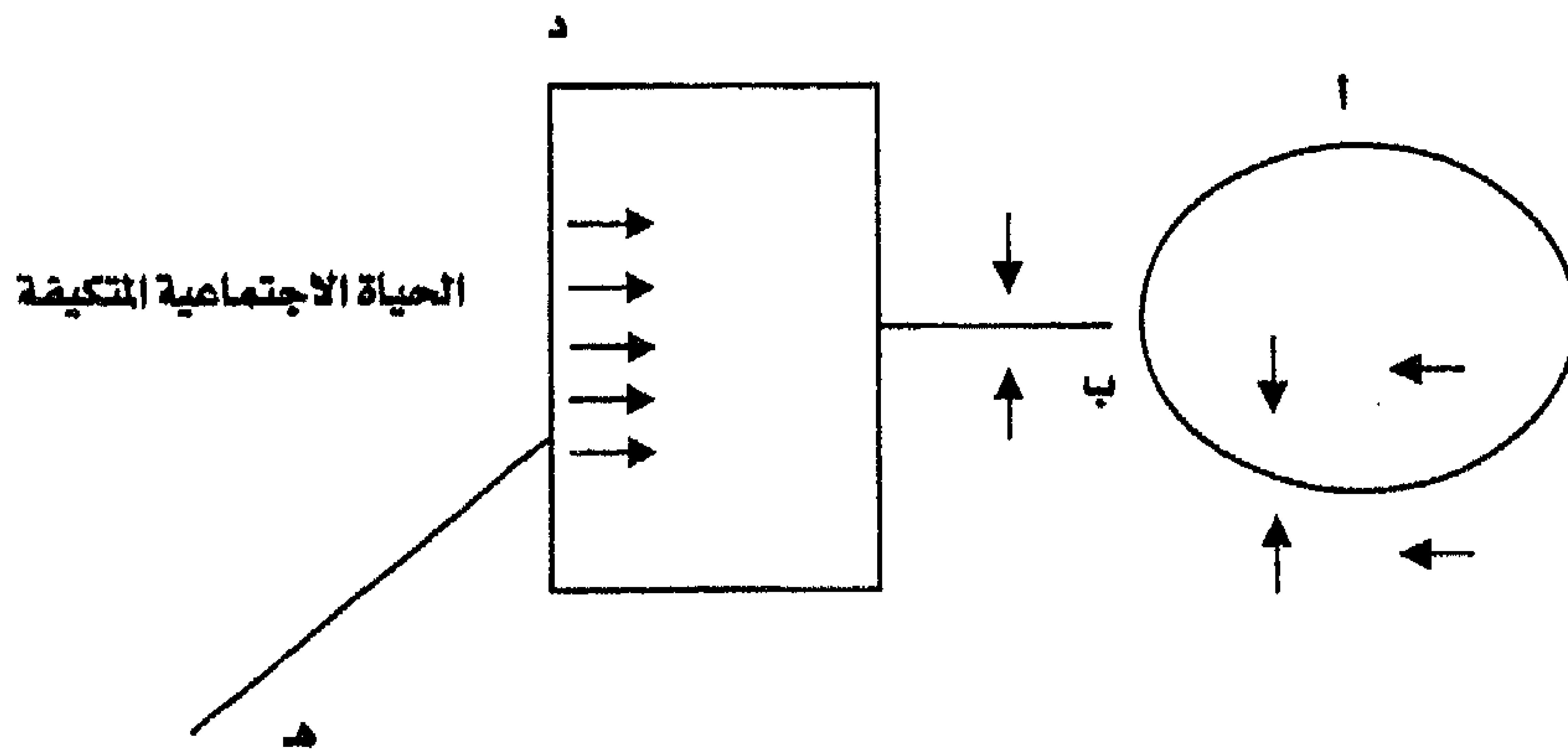
والمعالج الفعال يستخدم كل من هذه الأنماط عندما يكون من الضروري استخدامها، أما لازاروس فإنه يفضل النمط الأول، لأن أغلبية المرضى يميلون إلى التغير السريع أثناء التعامل من خلال هذا النمط. (Colledge دت، 363)

وهكذا نجد أن لازاروس لا يرى بأن لتكوين العلاقة الطيبة بين المرشد والمسترشد أهمية كبرى في العلاج، فبالإضافة إلى هذه العلاقة لابد للمرشد من امتلاك المهارة الفنية التي يستطيع من خلالها أن يضيف شيئاً جديداً لخبرات المسترشد تساعده على النمو والتغير. أما العلاقة – حسب الشناوي – فلا داعي

للوقوف عندها إلا إذا وجدت مبررات تدعو إلى ذلك كأن تكون سبباً في إعاقة العملية الإرشادية. (الشناوي 1994، ص 261)

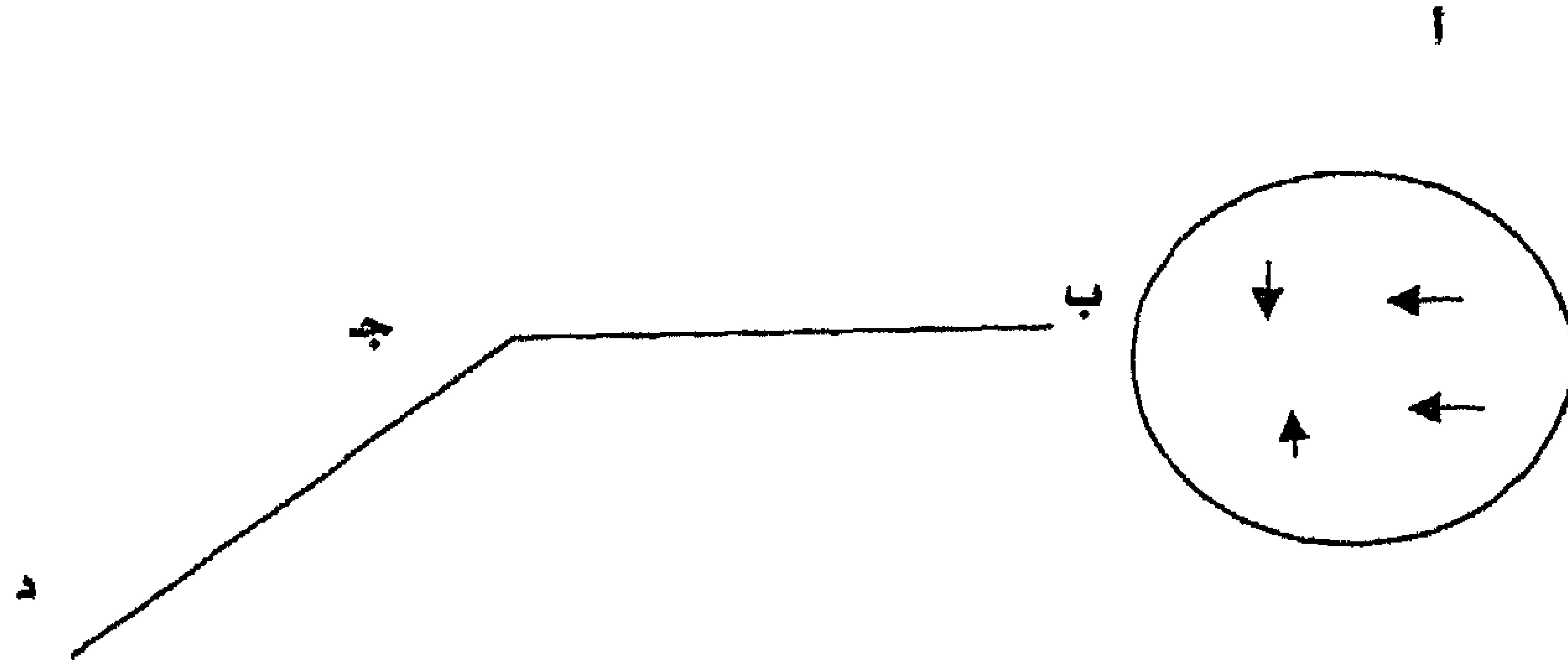
خامساً: النظرة للاضطراب النفسي:

يلخص (لازاروس) كيفية نشوء المرض النفسي (سلوك عدم التكيف) بأنه يرجع إلى ظروف التعلم حيث يحدث أثناء تعرض الفرد للمؤثرات الخاصة بهذه الظروف والترابطات الشرطية، وكذلك التعرض للنماذج التي يتطابق معها ويقلدها سواء عن ترو وقصد أو عن غير قصد، وأن يكتسب الفرد معلومات متصارعة أو معلومات خاطئة حيث تحدث أنواع من الكف والدفاعات لسنا بحاجة لها. وتوضيح ذلك كما يلي:



أ. يكون الشخص عند مولده محصلة من الإرث الجنيني وتأثير بيئة الرحم وغيرها من المؤثرات البيئية.
ب. تمضي الحياة نحو المعيشة الاجتماعية المتكيفة.
ج. تحدث صراعات مختلفة واكتساب معلومات خاطئة أو مواجهة أحداث مؤلمة.
د. يقوم عائق في طريق الشخص.
ه. ينحرف الشخص عن مسار التكيف وقد يتسم بمجموعة من الاستجابات الانهزامية للذات وغير المتكيفة.

كما قد تنشأ الاضطرابات النفسية عن وجود تعلم غير مناسب أو غير كاف. وهنا نجد أن المشكلات لا تنشأ من الصراعات أو الأحداث الصدمية أو من تأثير الآخرين أو نقص المعلومات أو الأفكار الخاطئة، وإنما من الفجوات الموجودة في ذاكرة الشخص والتي لم تزود بالمعلومات الضرورية والعمليات الخاصة بالتعامل مع المواقف مما يجعلها غير مجهزة للتعامل مع المطالب الاجتماعية. وتوضيح ذلك كما يلي:



أ. يكون الشخص عند مولده محصلة من الإرث الجيني وتأثير بيئة الرحم وغيرها.

ب. تمضي الحياة نحو المعيشة الاجتماعية المتكيفة.

ج. توجد فجوات أو نواقص في الخبرة وفي التعلم الاجتماعي (نتيجة وجود نماذج غير مناسبة أو عدم فرصة لاكتساب المهارات المناسبة).

د. نتيجة هذه العيوب في الاستجابة فإن الفرد يتحرك مبتعداً عن طريق التكيف ويعاني من عدم التطابق والتشوش والانهزام الذاتي والاستجابات غير المتوافقة.(الشناوي 1994، ص 259 – 260)

ونشير هنا إلى حاجة الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات الذهانية والاكتئابية إلى معالجة دوائية كيما تؤهبهم وتعدهم للعلاج النفسي. وعلى المعالج أن يبدأ بالنموذج العضوي على أن يأخذ بعين الاعتبار العوامل التي تظهرها نماذج الصيغة (BASIC – ID) والتي تمنع المريض من تناول الدواء مثل الأفكار

الخاطئة والمشاعر والإحساسات السلبية والتخيلات المنفرة والصعوبات البيشخصية. فالحالة العقلية تتحسن بشكل جيد، وإن كانت عضوية، عندما تضعف التوترات والمشكلات البينشخصية التي تعد عوامل مهمة في تخليد الاضطراب الذهاني واستمراريته (لازاروس، 2002، ص 240).

سادسا: أهم فنيات الإرشاد متعدد الوسائل:

تتنوع فنيات الإرشاد متعدد الوسائل، حيث يمكن استخدام أكثر من طريقة، وذلك على النحو التالي:

1. **في الجانب السلوكي (B):**

- الانطفاء، الممارسة السالبة، منع الاستجابة، الغمر.
- الإشراط المضاد: التخلص التدريجي من الحساسية.
- التعزيز الايجابي بصوره.
- التعزيز السلبي بصوره.

2. **في الجانب الوجداني (A):**

التنفيس: التعبير عن الجوانب الانفعالية المخزونة في وجود علاقة مساندة. واستعادة المشاعر والتعبير عنها.

3. **في جانب الإحساس (S):**

تحرير التوتر من خلال التغذية الراجعة، الاسترخاء، التدريبات البدنية.

4. **في جانب التخيل (I):**

تغيير صورة الذات، تخيلات المواجهة الايجابية للمواقف والضغوط.

5. في الجوانب المعرفية (C):

زيادة الوعي بالأحداث السابقة وعلاقتها بالسلوكيات الراهنة.

6. العلاقات الشخصية (I):

النمذجة (استخدام النماذج السلوكية)، التقبل غير المشتمل على النقد.

7. العقاقير (D):

إضافة للفحوص والعلاجات الطبية، يمكن استخدام التمرينات الرياضية والتغذية والاقلاع عن تعاطي المواد الضارة، كما قد تستخدم في بعض الأحيان الأدوية النفسية، وبصفة خاصة في حالات الفصام والاكتئاب والقلق (الشناوي 1994، ص 264 – 265).

ونورد مثالاً توضيحياً لاستخدام الإرشاد (العلاج) متعدد الوسائل في المجال الزواجي:

إن السير العادي للعلاج الزواجي المتعدد الوسائل يبدأ عادة بإجراء مقابلة سريرية أولية حيث يتم مشاهدة الزوجين معا، وتناقش المشكلات المطروحة من قبل الزوجين.

ويعطى لكل زوج استبيان القصة الحياتية ليجيب عن المعلومات الواردة فيه بصورة مستقلة عن الزوج الآخر. ومن ثم تعقد جلسة فردية مع كل طرف لوحده من أجل معاينة المعلومات التي كتبها في الاستبيان الخاص به من جهة، ومن أجل بناء البروفيل الأنموذج الأولي من جهة أخرى. ويتم فيما بعد إعداد التقنيات العلاجية للزوجين طبقا لاحتياجاتهما الخاصة.

وهنا لابد من الانتباه إلى المرونة في تلبية الحاجات الخصوصية لكل من الزوجين، حيث يظهر عادة طيف واسع من الحاجات وأنماط الحياة والعادات والممارسات المختلفة بين الزوجين. كما يتعين على المعالج أن يتجنب الاعتماد على وجهة نظره الخاصة وأن يبتعد عن إسقاط مفاهيمه الذاتية المتحيزة ضد المرأة أو الرجل، وأن يفتش عن أفضل ما يلائم الزوجين في محاولة لتسوية مشكلاتهما. وفي هذا النمط من العلاج يصمم المعالج ثلاثة برامج علاجية متزامنة، برنامجاً لكل زوج على حدة، وبرنامجاً للزوجين معاً.

ونورد فيما يلي تطبيقاً يبين فنية العلاج متعدد الوسائل لتحقيق السعادة في الحياة الزوجية:

1) **السلوك (B):**

وذلك من خلال تعليم الزوجين على الصراحة في التعبير عما يثير استجاباتهما العاطفية والإشارة إلى التفضيلات فيما يتعلق بهذه السلوكيات مما يقلل من حدوث الأخطاء التي تكون مصدرا لعدم التوافق الزواجي.

2) **العاطفة (A):**

فوجود العاطفة السلبية من شأنه أن يدمر الحياة الزوجية ومتعتها، ونعني بالعاطفة السلبية (القلق، مشاعر الذنب، النفور...الخ) والتي تنتج عن بعض الخبرات السابقة مثلا.

3) **الإحساس (S):**

حيث ترتبط السعادة بالوظيفة الحسية ولاسيما بالطيف الواسع للإشارات الحسية التي يتعلمها الزوج ويحسن استخدامها. وهكذا يكون للاضطرابات الحسية أثر بالغ في سوء الحياة الزوجية.

4) التخيل (I):

قد تزيد التخيلات من التفاعل العاطفي بين الزوجين وما يرافقه من متعة.

5) الأفكار (C):

فأكبر المسرات والمشكلات في العلاقة الزوجية تتوقف بشكل كبير على الأحاديث الذاتية والأفكار ذات الطابع الجبري المفروضة على الذات مثل ضعف الرجولة أو البرودة الجنسية، وهذا الإكراه والجبر يؤدي في كثير من الأحيان إلى قلق في الحياة الزوجية. وإن تصحيح الأفكار الخاطئة والخرافات تبدو في كثير من الأحيان جوهرية للحياة الزوجية الناجحة.

6) العلاقات البينشخصية (I):

قد تصبح العلاقة الزوجية مصدر صراع وخصام، وليس مصدرا للتعبير عن الألفة والمحبة.

7) الأدوية (D):

إن تناول بعض الأدوية قد يسهل تفاعل الحياة الزوجية أو يعيقهما. وقد يكون منشأ الاضطراب العاطفي عضويا مثل المرض الجراحي والاضطرابات الهرمونية وغيرها.

وأخيراً ومن خلال معاينة هذه الأبعاد السبعة يستطيع المعالج أن يحدد المشكلات التي تظهر في مختلف الأبعاد، ويقوم استبيان القصة الحياتية في الكشف فيما إذا كان من الجيد الاكتفاء بأساليب التوعية والتدريب الزواجي أو أننا بحاجة إلى المزيد من العلاج. وهنا يجدر الإشارة إلى أن حلول المشكلات الزواجية تكون نوعية وخاصة بكل فرد من الأفراد، فمراجعة أبعاد الصيغة (BASIC – ID)

تتيح للمعالج الكشف على المتحولات القابلة للتمييز والتي بدونها تبقى المشكلات الزوجية عصية عن العلاج.

سابعاً: تقويم النظرية:

تتيح هذه النظرية للمسترشد بهذا الاتجاه معرفة الإرشاد الأنسب لكل حالة. إنه يقدم إمكانات أكثر مما تقدمه المحاولات الأخرى من أجل صياغة نظرية متعددة الوسائل للإرشاد النفسي، إنه يشتمل على كثير من الأفكار الجديرة بالاهتمام، وعلى كثير من المفاهيم والتقنيات التي يستفاد منها نظرياً وعملياً. وترى هذه النظرية أن سلوك الإنسان يتأثر بعدة عوامل داخلية بالإضافة إلى العوامل البيئية.

ومع هذا فإن أسلوب لازاروس ليس أسلوباً مكتملاً وشاملاً، إنه لم يطور نظرية متكاملة في الشخصية من حيث كيفية اكتساب السلوك وتطوير الأبعاد السبعة في شخصياتهم، وكيف تصبح شخصياتهم قوية أو ضعيفة.

إن الإرشاد متعدد الوسائل عند لازاروس ينقصه الأساس النظري والتكامل. "حيث أن "لازاروس" لم يقدم تقويماً منظماً لموقفه، ولم يقم تكاملاً مكتملاً، ولم يجرد عملياً طرقه المتعددة في العلاج (Multi – Method)، وأسلوبه تجريبي خالص وعملي، وهو يتقبل أي تكنيك بصرف النظر عن أصوله أو أساسه النظري أو قصوره في هذا الصدد. (باترسون، 1990، ص 499)

الفصل الخامس عشر

الإرشاد (العلاج) بتحليل التعاملات

Transactional Analysis Counseling

- مدخل.
- القضايا الأساسية للنظرية.
- أهداف النظرية.
- عملية الإرشاد بتحليل التعاملات.
- النظرة للاضطراب النفسي.
- أهم فنيات الإرشاد بتحليل التعاملات.
- تقويم النظرية.

الفصل الخامس عشر
الإرشاد (العلاج) بتحليل التعاملات
Transactional Analysis Counseling

أولاً: مدخل:

إن مؤسس هذه النظرية هو الطبيب النفساني "ايريك بيرن" E. Beren الذي وُلد في كندا (1910 – 1970) ودرس في الجامعات الأمريكية، وتدرب في معظم حياته على التحليل النفسي. وقد بدأ "بيرن" في عرض أفكاره في أوائل الخمسينات من القرن العشرين وتطبيقها في العلاج الجسمي منذ عام 1956. ولقد صدر أول كتاب لبيرن تحت عنوان "العقل في نشاطه" تلاه كتاب بعنوان "التحليل التحويلي في العلاج النفسي"، ثم كتابه "بنية وديناميات المنظمات والجماعات" ثم كتاب "أسس العلاج"، غير أن أهم كتبه والذي كان سبباً في شهرته كان بعنوان "المباريات التي يلعبها الناس: سيكولوجية العلاقات البشرية" والذي نُشر عام 1964 واختير كأفضل كتاب في ذلك العام. وبعد وفاته بعامين فاز آخر كتبه والذي نشر عام 1972 بعنوان " ماذا تقول بعد أن تقول اهلاً " (What do you say after you say Hello?) (الشناوي، 1994، ص345)

إن جذور هذه النظرية نجده في نظرية التحليل النفسي، ولكن بيرن صمم مشروعه مخالفاً للتحليل النفسي، حيث ركز جل اهتمامه على المعاملات بدلاً من التحليل النفسي عند فرويد، وتحول من اهتمامه بالديناميات الداخلية النفسية إلى الديناميات الواردة في التفاعلات الاجتماعية. كما تلتقي هذه النظرية في بعض نقاطها مع نظريات آدلر وسوليفان ومع النظرية السلوكية ومع الوجودية، وعملية العلاج الجماعي. ومع هذا الشبه مع بعض النظريات إلا ان طريقة بيرن تظهر كطريقة مستقلة وذات تقنية خاصة بها مما أوجد تبعية خاصة لها وأدى إلى تأسيس جمعية نفسية خاصة لها.

إن ملامح طريقة بيرن التعاملية تبدو واضحة عن طريق تطويره لمفهوم الذات في المجال التحليلي. فبينما قسم فرويد القوى الفعالة في الشخصية إلى ثلاثة أقسام هي: الهو والأنا (الذات) والأنا الأعلى، نجد أن بيرن أخذ من هذه الأقسام الثلاثة فقط قسم "الذات" ولم ينظر إليه كمجرد دور يقوم به الفرد، وإنما وجوداً حقيقياً يمكن ملاحظته. وقد طور بيرن مفهوم الذات وقسمه إلى ثلاثة أجزاء اعتبرها حقيقية وسماها حالات نفسية، وهي حالة " الوالد"، وحالة " الراشد "، وحالة " الطفل"، ويرى أن الإنسان ينتقل من الواحدة إلى الأخرى طوال حياته. والشخص السليم هو الذي يختار حالة من الحالات الثلاث للذات لتكون متلائمة مع الموقف، وتتحقق السعادة من خلال التعاون القائم بين هذه الحالات الثلاث للذات، كما أن تحديد واحدة من الحالات لا يعني بأنها معزولة عن بعضها من الناحية الزمنية، لأن حالة واحدة أو حالتين أو ثلاثة تكون متواجدة في آن واحد عند الإنسان سواء بالتعاون أو التعارض، وقد تكون الغلبة لحالة واحدة، وعندها تعتبر هي الحالة الغالبة للذات.

ومن الناحية العملية فإن كل لقاء بين فرد وآخر حتى لو لم يتم بينهما تبادل للكلمات، فإن تعاملاً (Transaction) يقوم بينهما، ومادام لكل إنسان حالاته الثلاثة للذات وهي الوالد والراشد والطفل، فإن هذا التعامل لا بد أن يقوم بين واحدة أو أكثر من هذه الحالات الثلاثة في الفرد الواحد، وبين واحدة أو أكثر من هذه الحالات للذات في فرد آخر. وهكذا تبدو معادلة التفاعل بين حالات الذات في فرد وحالات الذات في فرد آخر تنوعاً واختلافاً لا حد له.

ثانياً: القضايا الأساسية في النظرية:

1) النظرة إلى الإنسان:

إن نظرية تحليل التعاملات هي نظرية للحياة، حيث ترى أن كل فرد يولد ولديه الطاقة لتنمية إمكانياته بما يحقق أقصى فائدة له ولمجتمعه، وتحقيق القدرة على أن يعمل بصورة منتجة ومبتكرة لكي يكون متحرراً من المعوقات النفسية. ومع ذلك فإنه مع بداية الأيام الأولى من الحياة قد يواجه الرضيع المتاعب أو يقع في

سلسلة من الصعوبات، وهذه الصعوبات المبكرة مع غيرها مما يحدث فيما بعد قد يمنع الكثير من الأفراد من تنمية كامل طاقاتهم.

يفترض بيرن أن الناس بطبيعتهم قادرون على أن يحيوا حياة حرة يوجهون فيها امورهم بأنفسهم، حيث يرى: ان الأطفال يولدون منعمين ويظلون كذلك، ولكن تأثير آبائهم عليهم قد يتحولون إلى صور ضعيفة. كما أن خبرات الماضي وخاصة تلك الخبرات الموجودة في مرحلة الطفولة المبكرة من النمو لها تأثيرها على السلوك الحاضر للناس. ويرى أيضاً أن للأبوين دور كبير في تكوين شخصيات أطفالهم، وأن الناس قادرون على العيش بحرية وتوجيه حياتهم بأنفسهم، وأن كل إنسان مسؤول تماماً عند القرارات المتصلة بحياته الشخصية. وإن هذا الإنسان ايجابي وغير جبري في سلوكه. ونرى أن هذه النظرة المتفائلة للإنسان أكدها بيرن من خلال اعتباره أن الناس الذين يعانون من مشكلات انفعالية هم بشر أذكياء ومقتدرون. وقد استخدم هذه القاعدة في جعل المسترشدين على قدم المساواة مع المرشد، وتحميلهم المسؤولية في عملية الإرشاد، ومهما كانت معاناة المسترشدين فإنه من الممكن مساعدتهم على التخلص تماماً من مشكلاتهم.

يرى بيرن أن البشر لديهم حاجات أساسية وأهمها حاجة الاتصال والتفاعل مع الآخرين "الجوع للمثير" ويتفرع من هذه الحاجة الأساسية مجموعة من الحاجات الفرعية وهي: جوع الملامسة وجوع التقدير وجوع البناء الذي يتصل بتنظيم الوقت. والملاحظ أنه في بداية حياة الطفل فإن الحاجة للاتصال والتفاعل مع الأخرين تتمثل في الملامسة، مثل احتضان الطفل وتقبيله. ومع نموه يبدأ في إشباع حاجاته للاتصال بالأخرين من خلال التقدير والاعتراف، وكذلك من خلال الملامسة اللفظية أي التخاطب والتي أطلق عليها بيرن اسم الضربة (Stroke) وهي الوحدة الأساسية للتفاعل الاجتماعي، وتبادل الضربات يسمى معاملة أو تحويلة (Transaction). وأما جوع البناء فيتمثل في الحاجة إلى تنظيم الوقت حتى يتجنب الفرد الملل. (كمال، 1994، ص259)(الشناوي، 1994، ص350)

2) حالات الأنا (الذات):

والتي تتألف طبقاً لنظرية بيرن من ثلاثة أقسام هي:

أ. حالة الوالدية Parent (الأنا الأعلى).

ب. حالة الراشد Adult (الواقع).

ج. حالة الطفل Child (الهوائية).

وكل فرد لديه هذه الحالات الثلاثة للأنا والتي تُظهر نفسها في مجموعات مختلفة من أنماط السلوك التي يُشار إليها بالوالد والراشد والطفل.

أ) حالة الأنا الوالدية (الوالد) Parental Ego State:

وهي تتكون من الفرد المتنامي نتيجة لفعل تعاليم ومثل وقيم آباء حقيقيين أو بدلاء عنهم، من خلال تأثير سلوكهم على سلوك الأبناء، وهكذا تكون استجابات الأبناء بنفس طريقة استجابة الآباء، ومثل هذه السلوكيات تسمى سلوكيات والدية (أو حالة الأنا الوالدية) مشيرة إلى أن الأفراد الذين في هذه الحالة يمثلون الحالة العقلية التي أظهرها أحد الوالدين أو بديله في الماضي. وحسب بيرن: "فإن كل شخص يحمل والديه تقريباً في داخله" (الشناوي، 1994، ص 347). حيث تشتق حالة الأنا الأب من النفس الخارجية والتي تنطوي على الأنشطة القائمة على التوحد أو التقمص، فكل الراشدين لديهم آباء حقيقيون أو بديلون يؤثرون من خلال الوظيفة النفسية الخارجية في سلوكهم، ويطلق على هذا السلوك المتأثر بالآباء سلوك الأب، وهو يوضح أن الأفراد في حالة عقلية تم عرضها بواسطة أحد آبائهم الحقيقيين أو البديلين في الماضي، وأنهم يستجيبون بنفس الطريقة وبنفس الوقفة أو الوضع أو المزاج وبنفس الحركات التعبيرية والتعبيرات اللفظية والمشاعر ونحو ذلك.

ويرى بيرن أن الحالة الوالدية في نظريته ليست هي الأنا الأعلى عند فرويد رغم أن الأنا الأعلى يعتبر جانباً من التأثير الوالدي. وإضافة إلى ذلك فإن التأثير الوالدي هو شيء ملموس من التعاملات المباشرة والواقعية مع الوالدين. كما يشتمل التأثير الوالدي بالإضافة إلى الممنوعات (ما لا ينبغي عمله)، التسامح والعطاء والتشجيع والأوامر، وهو يؤدي بالأفراد إلى الاستجابة كما يريد آباؤهم.

ب) حالة الأنا الراشدة (الراشد) The Adult Ego State:

في أثناء عملية النمو فإن الفرد يكتسب مختلف أنواع المهارات والأداء والحقائق وتصبح حصيلة كل ذلك الذات الراشدة، حيث يكون لديه القدرة على اختبار الواقع بشكل مناسب. وتمثل الحالة الراشدة للأنا الأداء النفسي الداخلي، وهي تشمل على تشغيل البيانات وتقدير الاحتمالات واتخاذ القرارات، وهذا الراشد موجود في داخل كل فرد، وهو ضروري للبقاء في العالم، وهو ينظم أنشطة الحالة الوالدية والحالة الطفلية ويتوسط بينهما، ويقوم أيضاً بدور الإبقاء على هاتين الحالتين للأنا حديثة وملائمة ومفيدة للفرد.

وتنمو حالة الأنا الراشدة بشكل تدريجي عبر السنين من خلال الملامسات والاختبارات التي يقوم بها الفرد مع الواقع والبيئة. وتكون عملية الاختبار مركزة على الحقائق وليس على المشاعر، على عكس ما يحدث في الحالة الوالدية أو الحالة الطفلية، على الرغم من أن الراشد يمكنه أن يقدر الخبرات الانفعالية لحالات الأنا الأخرى، وكذلك يختلف "الراشد" عن "الوالد" وعن "الطفل" في أنه يستمر في جمع المعلومات وتحديث المخزون لديه منها، بينما يبقى محتوى الطفل والوالد ثابتاً تقريباً بعد سن السادسة من العمر.

ج) حالة الأنا الطفلية (الطفل) The Child Ego State

إن كل بالغ كان طفلاً، وتبقى تأثيرات الطفولة على شخصية الإنسان مدى الحياة، وطبقاً لهذه النظرية فإن للطفل ذات واحدة وهي حالة الطفل، وعملية بناء هذه الذات تبدأ منذ الولادة، ثم تبدأ عملية اكتساب التجارب والخبرات. وأن حالة الأنا الطفلية تعبر عن نفسها بحرية أكثر بوجود طفل آخر، وفي تحليل التعاملات فإن حالة الأنا الطفلية تكون يقظة (الشناوي، 1994، ص 365). ويرى بيرن أنه من المهم لكل فرد أن يفهم حالة الطفل بداخله ليس فقط لأنه سيستمر معه طوال حياته وإنما لأنه أكبر جوانب الشخصية قيمة.(Berne, 1964, 12)، وفي اللهجة الدارجة لتحليل التعاملات فإن "كل شخص يحمل بداخله طفلاً صغيراً"، وهذا الطفل عند بيرن ليس هو حالة الهو عند فرويد رغم أنه قد يتأثر بها، وبصفة خاصة فإنه لا يعاني من حالة عدم التنظيم التي حددها فرويد للهو وإنما هو صورة منظمة (الشناوي، 1994، ص 349).

ويحدد المعالجون بتحليل التعاملات ثلاث صور مختلفة للسلوك المنبعث عند حالة الطفل: فالطفل الطبيعي هو الجانب المندفع، المتحرر، غير الاجتماعي، والذي له تعبير انفعالي من حالة الأنا الطفلية. أما الطفل المتكيف فهو ذلك الجانب من الحالة الطفلية الذي تم تطبيقه اجتماعياً عن طريق الوالدين، وهو يشكل ويقيد سلوك الطفل الطبيعي. أما النوع الثالث أو الجانب الثالث من حالة الطفل فهو ما أطلق عليه بيرن " الأستاذ الصغير" (Little Professor) وهو الممهد لتفكير الراشد وتعليلاته. (الشناوي، 1994، ص 349).

إن كل من الحالات الثلاث للأنا: الوالد والراشد والطفل، لها مكانتها ودورها وتتوازن مع بعضها بعضا، فالوالد يمثل الجانب الأخلاقي، والراشد يمثل الواقع، أما الطفل فيمثل الهوائية في الشخصية السوية بما يتناسب مع العمر الزمني للفرد، وعندما يختل هذا التوازن ينشأ المرض النفسي وتعود الحاجة لإجراء التحليل الخاص بالتعاملات والمساعدة على إعادة التنظيم.

ويمكن اختصار خصائص هذه الحالات فيما يلي:

وظائف الحالة	محتوى الحالة	حالات الذات
يعتقد – يحمي – يسيطر – يتعهد	التعاليم بشكل عام "معتقدات – قيم – أخلاق"	الوالد "الوالدة"
يفكر – يحسد – يحلل	الحقائق وغيرها من المعلومات الموضوعية والتجارب والمهارات	الراشد
يشعر – يرغب – يلعب – يتكيف – يعارك	المشاعر سواء ما جاء منها بالطبيعة أو تعلمه الطفل بالتكيف حسب متطلبات الأبوين وغيرها	الطفل

(كمال، 1994، ص 261)

وبهذا يمكن تلخيص وظيفة كل حالة من حالات الذات الثلاثة بأن حالة الوالد: تعتقد، وحالة الراشد تفكر، وحالة الطفل تشعر. أما من الناحية الفعلية فإن حالة الذات التي تملك الطاقة الأعظم فعالية في لحظة ما فإنها تملك بسبب ذلك القدرة على التنفيذ، ولهذا سميت بالحالة التنفيذية سواء أكانت حالة الطفل أو الراشد أو الوالد، وذلك بصرف النظر عن أي الحالات الثلاثة هي الأكثر وضوحاً، فحالة الطفل مثلاً: تكون أكثر وضوحاً بينما الفعالية التنفيذية قد تكون في تلك اللحظة لحالة الوالد أو بالعكس. وهكذا في جميع حالات الذات الثلاثة أو اثنين منها. كما يمكن قيام التعارض والصراع بينها في عملية التعامل، ويمكن لهذا التعارض بين حالات الذات أن يغير من نتيجة التعامل بينهما.

إن الحركة التحليلية التعاملية تفترض بأن معظم حالات التعاون تقع بينها حالة ذات وأخرى وبدرجة متفاوتة من المشاركة، إلا أنه في بعض الأمور الهامة والحاسمة كالزواج وإنجاب الأطفال والطلاق فإن الأمر يتطلب المشاركة الكلية للحالات الثلاث للذات. وتلاحظ أيضاً في سلوك اللعب والذي له أن يضمن هذه

المشاركة وأن تؤدي إلى قيام التناغم بين الحالات الثلاث. ولعل هذا ما يؤكد على أهمية عملية اللعب الصحيحة في تدريب الطفل على إقامة حالة متوازية من التعاون والمشاركة بين حالات الذات الثلاث وبالصور التي تضمن الوصول إلى حالة الانسجام بينها، وهو الأمر الذي تتطلبه عملية اتخاذ القرارات الحاسمة في المواضيع الهامة.

ومن النقاط المهمة في موضوع حالات الذات حسب النظرية التعاملية هي انه لا يوجد تفاضل بين حالة من الذات وحالة أخرى، فلكل واحدة منها قيمة متساوية في كيان الشخصية مع الحالتين الأخريين، والأداء الكامل للشخصية يتطلب توافر الحالات الثلاثة للقيام بالفعل السريع في تفاعلات وتعاملات الحياة اليومية.

3) التعاملات الإنسانية:

توفر التعاملات الإنسانية الفرصة لإشباع جوع البناء الذي يتمثل بالحاجة إلى تنظيم الوقت وجوع التقدير والاعتراف والحاجة إلى الاتصال بالآخرين والتخاطب اللغوي معهم والحصول على نقاط من الآخرين، وهذه النقاط أو الضربات (Strokes) هي الوحدة الأساسية للتفاعل الاجتماعي.

وتعرف وحدة التفاعل الاجتماعي بالتعامل أو المعاملة والتي تشتمل على "مثير تعامل" من جانب الشخص الذي يبدأ التعامل ويقابلها "استجابة تعامل" (S — — R). ويمكن تحليل التعاملات بالنسبة لمصادر المثيرات والاستجابات في حالات الأنا الثلاث لدى المشاركين في هذه التعاملات. وأبسط هذه التعاملات هي الصادرة من "الراشد" إلى "الراشد"، أي من حالة الأنا الراشدة لدى الشخص الأول للحالة الراشدة لدى الشخص الثاني، وهكذا. ويلي ذلك في البساطة التعامل الصادر من حالة الأنا الطفلية لدى الشخص إلى حالة الأنا الوالدية لدى شخص آخر وهي تشتمل عادة على طلب أو رجاء.

وقد تكون التعاملات تكميلية (فيها مجاملة) أو متصادمة (متقاطعة)، والتعاملات التي فيها تكملة تتبع الوضع الصحي للعلاقات، وكلها تؤدي إلى الاتصال الهادئ المستمر، أما التعاملات المتقاطعة فينتج عنها انقطاع الاتصال، وأكثر هذه التعاملات المتقاطعة شيوعاً وأكثرها إيذاء هي مثير راشد موجه إلى حالة راشد في شخص آخر الذي يرد بدوره عند مستوى الطفل لديه إلى مستوى الوالد لدى البادئ بالمحادثة، ومثال على ذلك عندما يسأل عامل أحد زملائه عن الملف الذي كان يعمل فيه منذ ساعة، وهذه معاملة من راشد لراشد، ويكون الجواب: أنت دائماً تسألني عن حاجاتك، وهذه معاملة من طفل إلى والد. ويماثلها أيضاً إذا جاء الرد من مستوى الوالد إلى مستوى الطفل مثل: لماذا لا تحافظ على حاجياتك؟.

وتقسم التعاملات الإنسانية إلى:

- **التعاملات التكميلية (التعامل التكاملي):**

وفي هذا التعامل يتبع الوضع الصحي للتعامل، ويتكون بوجود رسالة حالة أنا ويأتي الرد من حالة أنا متوقعة، مثل:

- راشد — راشد
- والد — والد
- طفل — طفل

مثال:

من حالة راشد: هل تعرف أين التقرير؟

من حالة راشد: يبدو لي أنه في النسخ.

- **التعاملات المتصادمة (التعامل المتقاطع):**

ينتج عن انقطاع الاتصال ،وأكثر هذه التحولات المتقاطعة شيوعاً وأكثرها تدميراً هي مثير راشد موجه إلى حالة راشد في شخص آخر الذي يرد بدوره من مستوى الطفل لديه إلى مستوى الوالد لدى البادئ بالمحادثة، ويماثلها أيضاً إذا جاء الرد من مستوى الوالد إلى مستوى الطفل. (الشناوي، 1994، ص 352)

مثال: المرسل (راشد): هل تعرف أين التقرير؟

أ. المستقبل (طفل يوجه رسالته إلى الوالد): أنت دائماً تسألني عن حاجياتك.

ب. المستقبل (والد إلى طفل): لماذا لا تحافظ على حاجياتك؟

- **التعامل الخفي:**

وهو أعقد أنواع التعامل لتداخل النوعين السابقين فيه، وهو مثل التعامل التكاملي والتقاطعي، لكنه يختلف عنهما في أن الرسالة تكون خفية. وتستخدم هذه التعاملات في لعب المباريات وتكون فيها الرسائل مزدوجة وموجهة لحالتين من الأنا في وقت واحد، والرسائل الواضحة هي المقبولة اجتماعياً.

مثال: (راشد – راشد): هل تشرب القهوة؟......(راشد – راشد): نعم.

هذه رسالة واضحة. أما الرسالة الخفية المتضمنة فيها فهي:

(طفل – طفل): أتسمح لي بالتعرف عليك...... (طفل – طفل): نعم.

4) **المواقف الأربعة للحياة:**

يسعى الفرد في المراحل المبكرة من حياته "مرحلة الطفولة" إلى إشباع حاجاته أو إلى إشباع جوع المثيرات السابقة " الملامسة - الاعتراف - البناء " من خلال اتخاذ قرارات معينة لبعض المشكلات يمكن تحديدها زماناً ومكاناً - أي يبدأ الطفل في

عمل مصالحة أو مفاوضة لإشباع حاجاته وعلى أساس هذه القرارات يتوصل إلى موقف تجاه نفسه وتجاه الآخرين ويصبح الطفل في عملية تبرير ودفاع عن هذا الوضع محاولاً إبعاد كل التأثيرات التي تهدده. وهذا الوضع في الحياة هو المحدد الرئيس لخريطة الحياة، وفي الواقع أنه يبدو أن كلاً من الوضع في الحياة وخريطة الحياة يشتقان من الخبرات المبكرة بدلاً من كون أحدهما يحدد الآخر، والأوضاع الأربعة تشتمل على مجموعتين قطبيتين هما:

- المجموعة الأولى: أنا.... الآخرون I – OTHERS.
- المجموعة الثانية: بخير... ليس بخير OK – NOT OK.

وبذلك تتكون الأوضاع الأربعة على النحو التالي:

1. إنني بخير... وأنت أيضاً بخير I am Ok, you are ok:

وهذا الموقف يعبر عن أفضل حالة صحية إذ ينعكس قبول الذات وقبول الآخرين. فهو وضع النجاح الصحي.

2. إنني بخير... ولكنك لست بخير I am ok , you are not ok:

وهذا موقف متعجرف أو متكبر وهي خاصية المتمسك بالأفضلية كالدعاة أو المبشرين أو حفظة النظام أو فاعلي الخير ويسمى هذا الاختيار في التعبير الدارج أو العامي "التخلص من الناس" وقد يؤدي لدى الناس الأقل صحة إلى البارانويا Paraniod أو القتل Homicide " (باترسون، 1990، ص 290)، فهو وضع الأشياء وعدم التقبل إزاء سلوكيات الآخرين.

3. إنني لست بخير... ولكنك بخير I am not ok , you are ok:

وهو موقف اكتئابي قد يقود بالفرد إلى قطع صلاته بالآخرين كأن يدخل إلى مؤسسة داخلية أو غيرها، أو يحاول الانتحار، وهذا الوضع يمثل وضع الاستقالة من جنس البشر أي أنه لون من اعتزال الناس.

4. إنني لست بخير... وأنت كذلك لست بخير:

I am not ok, you are not ok:

وهو موقف العجز والانسحاب وقد يؤدي إلى العدوانية أو إلى الانتحار، وهذا الانتحار ينتج عن الحرمان من الملاطفة والاحتضان أثناء الطفولة ومن نقص الاحتكاكات الاجتماعية. وهذا هو موقف الأطفال المرفوضين من والديهم وهم يظنون أن هذا كان بسبب عيب فيهم وهم يعممون خبرتهم مع والديهم على الجميع ويكون موقفهم عادة موقف يأس واكتئاب.

5) الاتصال الاجتماعي:

يقدم الاتصال الاجتماعي الفرصة لإشباع الرغبة في النظام أو تنظيم الوقت كما يشبع الرغبة في المثيرات أو الحصول على الانتباه من الآخرين... ووحدة الاتصال الاجتماعي هي التبادلية (أخذ وعطاء).. إنها تنطوي على مثيرات تفاعلية تبادلية من جانب الشخص الذي يبادر بعملية التفاعل بالاعتراف بالآخرين بطريقة ما وبالاستجابات التفاعلية. فالتفاعل التبادلي يحلل في صور من مصادر المثيرات والاستجابات أي بالبحث عن أصولها في حالات الأب أو الراشد أو الطفل المشاركين في العملية التفاعلية... وأبسط صور التفاعل التبادلي هي الراشد مع الراشد، أي بين حالة راشد عند شخص ما إلى راشد عند آخر ثم من هذا الراشد الآخر إلى الراشد الأول... والصورة الأبسط هي التفاعل التبادلي بين حالتي الطفل والأب وهي عادة صورة من الرجاء. (باترسون، 1990، ص 290)

ويتضمن الاتصال الاجتماعي:

1. المجاملات (الطقوس الاجتماعية) Rituals:

تمثل المجاملات الاجتماعية صيغاً اجتماعية من السلوكيات التي تجري في مواقف اجتماعية نمطية، وهي تعاملات ذات طبيعة والدية مجاملة وهي تقابل أو تشبع الحاجة للاعتراف مثلاً. وقد يكون من أكثر هذه المجاملات "مرحباً" و "مع السلامة"، وهذا الاعتراف اللفظي فإنه يستمر من مجرد الاعتراف بوجود الشخص إلى الاعتراف بالمشاعر الشخصية إلى التعبير عن الاهتمام الشخصي مثل: كيف حالك؟. وقد تكون هناك طقوس تؤدي دور المجاملة مثل: تقديم باقة ورد أو هدية أو التلويح باليد للتحية...(الشناوي، 1994، ص 353)

كما أن منع أو حبس الأشياء الرمزية الدالة على الاعتبار والتقدير يمثل الفظاظة أو الجلافة، وهناك درجات وأنواع من الاعتبار والتقدير: فخطابات المعجبين تعتبر شكلاً أقل تقديراً واعتباراً للشخصية من عبارات الإطراء والاستحسان، أو من تقديم باقة من الزهور عقب الانتهاء من أداء الدور. وتبدأ عبارات الاعتبار والتقدير من الكلمة البسيطة " مرحبا " إلى العبارة " كيف أنت " والتدرج يكون من مجرد الأخذ في الاعتبار بأن شخصاً ما موجود، إلى اعتبار وتقدير المشاعر والأحاسيس الشخصية إلى التعبير عن الاهتمام الشخصي الخاص. (باترسون، 1990، ص 291 – 292)

وهذه الطقوس تزيل التوترات المباشرة وتذيب الجليد وتبعث الدفء في التعامل وكثيراً ما يلجأ الناس إلى تجنب هذه التوترات من تقديم شراب أو طعام.

2. الألعاب (المباريات) Games:

قدم بيرن في مؤلفة الشهير "الألعاب التي يلعبها الناس" مسميات لمائة لعبة مشيراً إلى أن للألعاب عدة وظائف منها أنها تشغل معظم الحياة الاجتماعية عند الناس وتعزز العلاقات بينهم. فاللعبة في العلاقات الإنسانية هي تلاحق مجموعة من التعاملات ذات المقاصد الخفية والمتكاملة التي تتقدم صوب نتيجة جيدة التحديد ومتوقعة. وهي تقع بين الأنشطة والمجاملات من جهة وبين التودد والألفة من جهة أخرى. والمباريات ذات طبيعة مليئة بالخداع والغش والتفاعلات فيها تكميلية، ولكنها غير ظاهرة وتنطوي على أرباح أو خسائر وتكون نتائجها درامية (مفعمة بالأحداث). ويرى بيرن أن عملية البيع في التجارة لعبة ينطوي على مباريات، والحرب أحياناً تكون مباراة. وتحقق المباريات والألعاب عدداً من الوظائف، فهي تُخرج الحياة الاجتماعية من روتين الحياة، ويلجأ الناس إلى المباريات من أجل الإثارة أو التعزيز الاجتماعي أو الملاطفة. وكما هو الحال في المسليات فإن الأفراد الذين يلعبون نفس المباريات أو الألعاب يتآلفون مع بعضهم بعضاً. (باترسون، 1990، ص 293)

وتعتبر الألعاب ذات تعاملات مزدوجة تشتمل على مستويين، المستوى النفسي والمستوى الاجتماعي، والتعاملات في المستوى النفسي تكون غير ظاهرة وتكون نتيجتها بصورة مشاعر طيبة أو سيئة. والأفراد الذين يشاركون باللعبة يكون لهم أدوار، ولهذه الأدوار مثلث يعرف بمثلث الدراما، وهو يمثل المضطهد والمنقذ والضحية. ونلاحظ أن هذا يتشابه مع ما ذكره "فرويد" في تحليله للأحلام بشكل عام.

الألعاب الخاصة بالمضطهد:

أ. ممارسة تنشيط عزيمة الآخرين أو إشعال الفتن بينهم أو التهرب من مسؤولية الأخطاء.

ب. اللوّام: لتصعيد أخطاء الآخرين أو الذي يلوم الآخرين على تعاستهم أو الذي يصحح الأخطاء.

ج. الشخص الذي يضع عبارات الآخرين بالزاوية.

الألعاب الخاصة بالمنقذ:

وتتمثل هذه الألعاب بمن يقدم المساعدة للآخرين بدون أن يطلب منه ذلك، أو بالذي يتصور أنه لا غنى عنه.

الألعاب الخاصة بالضحية:

وتتمثل هذه الألعاب بالمستسلم العاجز الذي يشعر بالخسارة والذي يتظاهر بالغباء والذي يتسرع في كثير من الأمور والذي يتكل على أشخاص آخرين (العديلي، 1995، ص 98).

3. المسليات Pastimes:

تسهل المسليات عملية الانتقاء الاجتماعي، حيث أنها تجمع بين أشخاص لهم اهتمامات متماثلة أو لهم اهتمام مشترك، وتعتبر المسليات تعاملات تتسم بالمجاملة والود. وقد تكون المسليات ممتعة بحد ذاتها أو وسيلة لتمضية الوقت (ملهيات)، وهي في جميع الأحوال ليست مثيرة بحد ذاتها.

تعتبر المباريات والمسليات انشغالات، وهي تقع بين الأنشطة والمجاملات من ناحية والألفة والمودة من جهة أخرى. وبينما تعتبر المباريات ذات طبيعة تظاهرية (رياء) وتتسم في أغلب الأحيان بعدم الأمانة وتكون نتيجتها مفعمة بالأحداث الدرامية، فإن المسليات تعتبر تعاملات مستقيمة تشتمل على مناقشة أو خلاف، ولكنها لا تشتمل على صراع، وقد تكون مفيدة وهي في معظم الأحوال صريحة ونظيفة. وقد يكون لبعض المباريات والمسليات نتائج خطيرة على الفرد والمجتمع كلعب القمار مثلاً.

بينما تكون الإجراءات والمجاملات نمطية ومعروفة ويمكن توقعها، فإن المسليات تكون اقل تحديداً، فهي تنطوي على وقت اطول من الشعائر، كما أنها قد تبدأ وتنتهي بشعائر كالمجاملات.. وهذه المسليات غالباً ما تشغل وقت الفرد حينما يكون في انتظار اجتماع ما أو نشاط ما أو أثناء الحفلات.

قد تسهل المسليات عملية الاختيار الاجتماعي وتشكل الأساس لاختيار الأصدقاء حيث انها تجمع أشخاصاً ذوي اهتمامات متشابهة تدور حول موضوعات ثقافية أو اجتماعية أو مصالح تجارية... وبالتالي تؤدي إلى تكوين علاقات أكثر تعقيداً (مباريات أو ألعاب). وتتنوع المسليات بشكل كبير وقد تصنف بطرق مختلفة. وتعتبر المسليات تعاملات تتسم بالمجاملة والود وقد تساعد على تثبيت موقف أو دور الشخص في الحياة.

4. الألفة (المودة) Intimacy:

تشتمل الألفة على برمجة فردية على مستوى عال ومكثف تخترق قيود الأنماط الاجتماعية، وتعتبر الألفة أعلى صور الحياة التي ينبغي أن يحياها الناس، ومن الممكن للفرد أن يستغني عن الألعاب إذا وجد من يشاركه في الألفة. و لكي ينتقل الشخص من مستوى الألعاب إلى الألفة يجب أن يتوفر لديه الوعي والتلقائية ليتحرر من الاندفاع القهري نحو اللعب، ومن ثم يكون قادراً على أن يكون حراً في الاختيار والتعبير عن مشاعره من خلال حالة الأب أو الراشد أو الطفل.

تعتبر الألفة ارتباط حقيقي بين الشخصيات وهي تتطلب من الفرد وعياً بتخطيط الألعاب من جانب وبالتلقائية التي تحرره من روتينية الألعاب من جانب آخر، وباختصار أن يكون أميناً ومباشراً وحساساً، وهي أيضاً تتطلب الانفصال عن تعاليم الماضي وعن الألعاب التي تعلمها آباؤنا والتي تعلمناها منهم، وغالباً ما تكون دوافع الألعاب مضللة وغير آمنة وتؤدي إلى نتائج درامية تتمثل في الشعور بالغضب والزيف والاكتئاب وبعض الألعاب شديدة الخطورة وقد تنتهي بالانتحار(عبد

الباقي، 2001، ص 48). فلكي يحرر الفرد نفسه من الألعاب فإنه يحتاج إلى الاستقلالية والتوجيه الذاتي من تأثير الأسرة والوالدين الذين تعلم منهم هذه الألعاب.

5. المخططات Scripts:

تنتظم الألعاب والمباريات في مخططات، والمخطط هو مجموعة معقدة "متشابكة" من التعاملات المستمرة، ولكن ليس من الضروري أن تكون متكررة، والمباريات في أصلها خطة لا شعورية للحياة ترجع في أصلها لدى الفرد إلى قرار اتخذ في الطفولة المبكرة، والخبرة الأولى التي شكلت المخططات تسمى بروتوكول، والبروتوكول هو الأصل الأول أو المسودة الأصلية التي اشتقت من الخبرات الأولى ومن تأثيرات الوالدين والتي تأثرت فيما بعد بالأساطير والحكايات الخيالية التي سمعها الطفل (باترسون، 1990، ص 294).

ويظهر البروتوكول في مستوى ما قبل الشعور ويشكل أصل المخططات، وهذا الأصل يتم تعديله ليتوافق مع الواقع والذي يمثل الدور الذي يلعبه الفرد على مسرح الحياة أو يلعبه أثناء العلاج الجماعي. وهناك شكل مطور للمخططات الأصلية يسمى المخطط العامل ويشتق من الشكل التوافقي، ونتيجة لذلك يصبح مخطط التصويب للإنتاج في الحياة.

يتم اختيار الألعاب لتناسب المخطط، وتختار الأدوار لتناسب الألعاب، والمخططات مرتبطة بالمواقف الأربعة للحياة. فالمخططات هي المؤثرات السائدة في التفاعل الاجتماعي المتبادل وهي متأثرة بالخبرات المبكرة التي تحدد المخطط، والمباريات يتم اختيارها لتناسب المخطط كما تختار التفاعلات التبادلية لتناسب المباريات، ويختار الرفاق على أساس مشاركتهم في التفاعلات التبادلية، ومن أجل تحقيق مزيد من العلاقات الثابتة فإنهم يختارون على أساس رغبتهم في المشاركة في المباريات، ولمزيد من علاقات المودة فإنهم يختارون على أساس القدرة على ملء الأدوار

في المخطط، وعن عنصر القدر أو المصير في مخطط حياة الفرد، فالشخص أسير مخططه ما لم تكن لديه القدرة على تجاوزه أو تغييره، وهكذا يحدد قرار الطفولة حياة الفرد والطريقة التي بها يواجه الموت. ومع أن مخططاً كخطة حياة يتطلب كل أوقات العمر لأدائه فإنه يمكن لعبه في صور أو أشكال أقصر، على أساس سنوي أو أسبوعي أو حتى في جلسة جماعية أو خلال عدة ثوان، والمخططات الأصلية قد تكون بناءة أو هدامة.

ثالثاً: أهداف النظرية:

يهدف الإرشاد النفسي عن طريق تحليل التعاملات إلى تحويل الأفراد من خاسرين إلى كاسبين، ومن ضعفاء إلى أقوياء، وبصفة عامة نحاول تحديد الأهداف التالية:

- مساعدة الفرد على اكتساب استقلالية الدور في تسيير أموره، وإن الاستقلالية الذاتية هي حق للطفل منذ مولده، ولكن معالم هذه الاستقلالية تطمس من خلال التنشئة الاجتماعية، ويحاول المعالج أو المرشد مساعدة الفرد على استرداد هذا الحق من خلال الإرشاد أو العلاج.
- مساعدة الفرد في مشاركة الآخرين الحب والقرب.
- تحرير حالة الأنا الراشدة عند المسترشد من التأثير السلبي من جانب حالات الأنا الطفلية والوالدية، ويتعامل المرشد مع حالة الأنا الراشدة الحرة في أدائها ليضمن حدوث التحسن.
- تخليص الأنا الراشدة من التشويش الذي يحصل بسبب التداخلات مع الأنا الوالدية أو الأنا الطفلية أو كليهما، ليتمكن من استخدام العقل استخداماً كاملاً. وبكلام آخر: مساعدة العميل على أن يكون قادراً على استخدام جميع حالات الأنا بشكل صحيح ومناسب، وهذا يعني بناء حدود فعالة للأنا أو جعل الحدود الجامدة أكثر مرونة.

- يحاول المرشد مساعدة المسترشد على تغيير القرارات التي أدت به إلى وضع (الخاسر) في الحياة. وبالتالي يصبح المسترشد في وضع الكاسب. وبذلك يقلع عن وضعه القديم في الحياة ليحل محله الوضع الصحي.
- يطلب المرشد من المسترشد أن يحدد أهدافه التي جاء من أجلها للإرشاد.
- مساعدة المسترشد على أن يكون حراً في إجراء اختياراته بعيداً عن التأثير الوالدي، وتتطلب هذه الحرية وجود حالة أنا راشدة خالية من الخلط والتشويش وتفهماً لأهمية حالات الأنا الوالدية والطفلية في الأداء اليومي للفرد.
- مساعدة المسترشد على أن يستخدم حالات الأنا الثلاث بشكل مناسب، إذ ينبغي على المسترشد أن يكون قادراً على تحويل حالات الأنا لكي يتفاعل بشكل فعال مع الآخرين.
- إحداث تغييرات مرغوبة في سلوك المسترشد وكذلك في المشاعر والأعراض النفسية الجسدية.
- إن ضبط الأعراض المرضية والتخلص منها والضبط الاجتماعي يمكن اعتبارها أهدافاً في العلاج بطريقة تحليل التعاملات.
- يتقبل بيرن الضبط للعرض وتخفيف الأعراض والضبط الاجتماعي كأهداف لعلاج الأعصبة. ولكن الهدف النهائي لتحليل التفاعل التبادلي هو إعادة التكيف البنيوي والتكامل (باترسون، 1990، ص 298).
- يقرر بيرن أن الهدف النهائي من تحليل التعاملات هو إعادة التوافق وإعادة الاندماج في بنية الشخصية. حيث لا يكتفي التحليل التعاملي بمساعدة المسترشد على تحقيق تحسن ولكن يسعى لشفائه التام. وبصفة عامة مساعدة الفرد على اكتساب استقلالية في تسيير أموره، وهذه الاستقلالية تتميز بالوعي، أي الفهم الواقعي للعالم الذي يعيش فيه، والتلقائية أي القدرة على التعبير عن العواطف والمشاعر بشكل غير مكبوح، والألفة هي القدرة على مشاركة الحب والقرب. (الشناوي، 1994، ص 360).

رابعاً: عملية الإرشاد النفسي حسب هذه النظرية:

تشتمل العملية الإرشادية على جانبين أساسين هما:

- إعادة بناء.
- إعادة تنظيم.

وتشتمل عملية إعادة البناء على تحديد وتوضيح حدود الأنا من خلال التقنية والتخلص من التشويش تشخيصياً. أما إعادة التنظيم فإنها تهتم بإعادة توزيع النشاط النفسي من خلال التنشيط المخطط والانتقائي لحالات معينة للأنا الراشدة من خلال الضبط الاجتماعي، وأقلمة حالة الأنا الطفلية واستبدال حالة الأنا الوالدية. وهناك عدة خطوات أو مراحل في الإرشاد النفسي. **ويبدو أن هناك سلسلة متتابعة من الخطوات أو المراحل التي يمر بها الإرشاد** والذي قد ينتهي بنجاح أي منها. ويطلق على العملية الكلية اصطلاح التحليل التحويلي (التبادلي) رغم أن هذا المسمى نفسه يطلق على مرحلة من مراحل هذه العملية **وهذه الخطوات هي:**

1) التحليل البنائي:

يقوم التحليل البنائي على الدراسة الوصفية لحالات الأنا، وكذلك تخليص الأنا الراشدة من التشويش وتعزيز الضبط التي تقوم به. والهدف من ذلك هو إعادة السيطرة للأنا الواقعية (الراشدة) وتحريرها من التشويش أو الاختلاط بالعناصر القديمة والغريبة للأنا الطفلية والأنا الوالدية. والنتيجة هي أن تكون حالة الأنا الراشدة هي المنفذة وحالات الأنا الوالدية والطفلية ممكنة الاستدعاء عندما يكون ذلك مطلوباً. وبالنسبة لبعض المسترشدين فإن هذه العملية تكون كافية لإتمام العلاج، ومع ذلك فإن معظم المسترشدين يحتاجون إلى مراحل أخرى في العلاج.

2) تحليل التعاملات:

إن الهدف من هذه المرحلة هو الضبط الاجتماعي، أي ضبط الميل الخاص للفرد في التحكم بالآخرين بطريق تخريبية أو غير مثمرة، وضبط ميله إلى الاستجابة من غير استبصار أو اختياره للتحكم في الآخرين (باترسون، 1990، ص 299). وتعتبر الجماعات هي الوسط الأنسب للقيام بتحليل التعاملات، حيث تحلل التعاملات على أساس أنها تكميلية (مجاملة) أو متقاطعة (تصادمية)، وينظر على أثر ذلك في المشتركين في هذه الأدوار وقد يتوقف العلاج أو الإرشاد أيضاً عند هذه المرحلة.

3) تحليل الألعاب والمسليات:

وتمثل المرحلة الأولى من الإرشاد الجماعي. كما يجري الحكم على الألعاب التي يقوم بها الشخص في صورة مكاسب أولية (خارجية وداخلية) ومكاسب ثانوية، ومكاسب اجتماعية ومكاسب بيولوجية. والهدف من تحليل الألعاب هو التحرر من مباريات العلاقات العاطفية أوليصبح أكثر فاعلية في المجتمع. ويتم اختيار الفرد للألعاب التي يلعبها، ومن الذي يلعب معه، ومتى يتوقف عن اللعب. فالعلاج الجمعي بإسلوب التفاعل التبادلي يركز على تحليل الألعاب (المباريات).

4) تحليل المخططات:

هدف تحليل المخطط هو إغلاق العرض ووضع عرض أفضل على الطريق، أو تحرير المريض من الاستعادة القهرية للمأساة الأصلية التي على أساسها كتب المخطط. وقد تكون المخططات غير واضحة فيما عدا في الجماعة المتقدمة أو خلال الأحلام. والمرضى الذين يأتون للعلاج النفسي تكون مخططات الحياة لديهم مأساوية أكثر منها بنّاءة (باترسون، 1990، ص 299). وإن الفهم الكامل للوسائل والنتائج يجب أن يشتمل على تحليل المخططات. والهدف من تحليل المخطط هو

إعطاء المسترشد الفرصة ليفهم وضع حياته وليتخذ قرارات جديدة خاصة به تجعله يتحرك نحو الاستقلالية والتي تتميز بالوعي والتلقائية والود.

ويتجلى الهدف النهائي لهذا التحليل هو تبين القرارات التي اتخذها الأفراد حول موقفهم في الحياة (المواقف الأربع) الذي اتخذوه في طفولتهم، وهذا الموقف والقرارات المتخذة يمكن الكشف عنها عن طريق تحليل الأحلام وتحليل القصص الخيالية المفضلة من الشخص.

5) **تحليل العلاقات:**

تتناول هذه الخطوة العلاقات الوثيقة حيث يتم تحليل علاقات العميل بأقرانه وعلاقاته الزوجية، ويكون هذا بمثابة واجب منزلي يؤديه العميل ليتمكن من التمييز بوضوح بين حالات الأنا وتعاملاتها. ويجري هذا النوع من التحليل بحرص وحكمة، فقد ينظر المسترشد إليه على أنه تأثير على قراراته الخاصة.

ويمكن تلخيص العلاج التعاملي ضمن النطاق الجماعي بأن يتفهم الفرد كيفية النظر إلى عواطفه وسلوكه وأفكاره وذلك عن طريق تفحصه لحالات الذات وفعلها ضمن الإطار الاجتماعي، وبهذا الأسلوب يتمكن الفرد من تقييم سلوكه بالنسبة للآخرين، كما أنه يصبح قادراً على التعرف على حالات الذات المماثلة في الآخرين. (الشناوي، 1992، ص363) (كمال، 1994، ص257). ومتى استطاع الفرد أن يميز حالات الذات في نفسه وفي الآخرين فإنه بعد ذلك ينظر إلى العلاقات الممكنة والقائمة بينها، وهذا يجعل الأسلوب التحليلي التعاملي أسلوباً تعليمياً ذا أبعاد اجتماعيه هامة.

ونرى هذه العلاقات في أدوار عدة من عمليات التحليل تسمى بالمستويات التحليلية وهذه المستويات هي:

1. التحليل التكويني وفيه تحلل حالات الذات.
2. التحليل التعاملي والذي يتوجه نحو تحليل تعاملات الفرد في حالات ذاته الثلاث مع غيره من الناس، ويشمل هذا المستوى من التحليل تحليل اللعب.
3. يتجه المستوى الثالث من التحليل نحو التغيير الجذري للنفس وهو ما قد يصبح ضرورياً عندما تفشل كل الوسائل العلاجية الأخرى في إعطاء المريض الشعور بالتمتع بالصوت، وهو يشمل تحليل كل الوسائل والقرارات التي انطبعت في التكوين البنائي لحالات الذات في الطفولة. (الزعبي، 1994، ص 150).

خامساً: النظرة للاضطراب النفسي:

إن الاضطراب النفسي في هذه النظرية يرجع إلى:

- الاضطراب البنيوي.
- الاضطراب الوظيفي.

1) الاضطراب البنيوي:

ويشتمل على اختلال التركيب النفسي لحالات الأنا الثلاث الطفلية والراشدة والأبوية. وهناك نوعين شائعين من الاضطراب البنيوي:

أ. الاستبعاد (الحذف):

حيث تستبعد إحدى حالات الأنا الحالتين الأخريين، وتسيطر على السلوك، "ففي حالة الفصام مثلاً نجد أن الحالة الوالدية هي المسيطرة على حساب حالة الأنا، وعند العلماء نجد أن الحالة المسيطرة هي حالة الأنا الراشدة، وفي حالات

النرجسية والشخصيات المندفعة فإن حالة الأنا الطفلية تكون المسيطرة." (الشناوي، 1994، 357)

ب. الاختلاط (الإفساد):

وفيها تقتحم إحدى حالات الأنا حالة الأنا الراشدة، فإذا اختلطت حالة الأنا الراشدة بحالة الأب فهذا يقود الشخص إلى نوع من التحيز، وإذا اقتحمت حالة الأنا الطفلية حالة الأنا الراشدة فهذا يؤدي إلى الأوهام، وقد يكون الاختلاط مزدوج حيث تقتحم حالتا الأنا (الطفلية والأبوية) حالة الأنا الراشدة. وهذه الاختلاطات تؤدي إلى منع حالة الراشد من القيام بمهامه عن طريق تشويه بياناته وبالتالي تشويه الحقائق بتأثير الأحكام المسبقة. أما عند وجود حالة الاختلاط فإن إحدى حالات الأنا تتداخل مع حالة الأنا الراشدة التي عندما تختلط بحالة الأنا الوالدية تؤدي إلى أنواع من التعصب أو التحيز. وإذا حدث تلوث لحالة الأنا الراشدة من جانب حالة الأنا الطفلية فإن النتيجة تكون هذاءات. ويؤدي الاختلاط أو الفساد المزدوج إلى تداخل كل من حالتي الأنا الوالدية والطفلية مع حالة الأنا الراشدة.

2) الاضطراب الوظيفي:

يتعلق هذا بنفاذية حدود الأنا والتذبذب من حالة لأخرى من حالات الأنا. وهذه هي حالة التذبذب بين المرونة والجمود في حدود الأنا، والتي تؤدي إلى التقلب بين انتقالات متكررة وسريعة فيما بين حالات الأنا، أو الجمود وعدم حدوث الانتقال.(عبد الباقي، 2001، ص 55). وبكلام آخر: هذا النوع من الاضطراب الوظيفي تكون حدود الأنا فيه مائعة مما يؤدي إلى انسياب الطاقة النفسية من حالة من حالات الأنا إلى حالة أخرى، ويمكن أن يحدث هذا الانسياب دون وجود خلل في الحدود.

إن منشأ المرض النفسي يرجع إلى حدوث حالات صدمية للأنا في الطفولة، وكلما كانت الصدمة مبكرة كانت النتائج أكثر خطورة. ويقول بيرن: " إن الأعراض هي كل المظاهر التي تظهر عن حالة واحدة محددة من حالات الأنا سواء كانت حالة نشطة أو حالة محذوفة رغم أنها قد تحدث من الصراعات والتناغمات والتداخلات بين حالات أنا مختلفة. وأول المهام المتصلة بالتعرف على الأعراض هي التحليل البنائي (تحليل البنية)، ومن ثم يمكن أن نقرر اي حالة من الحالات الثلاث للأنا يظهر منها العرض".(الشناوي، 1994، ص 358)

وبالنظر لأن وظيفة كل حالة من حالات الذات الثلاثة تختلف عنها في حالة أخرى للذات أي الشخصية الواحدة فإن إمكانية التضارب بينها هي إمكانية متوافرة دائماً والواقع هو أن الشخصية الطبيعية لها أن تظهر شيئاً من التميز وذلك في اتجاه الاستبعاد ولو قليلاً عن التوازن الكامل بين حالات الذات الثلاثة، حتى التضارب بينها. أما إذا فشل في التوصل إلى حل هذا التضارب فقد يكون ذلك بداية التكوين الاضطراب الوظيفي في كيان الشخصية، ويحدث ذلك عندما تمتلك كل حالة من حالات الذات طاقة متساوية في قوتها وتختلف مع غيرها من حالات الذات ولا يمكن التوفيق بينها، ومثل هذا الموقف له أن يؤدي إلى أن يتقلب الفرد مضطرباً بين حالة وأخرى من حالات الذات الثلاثة وبأن يحاول التخلص منها فيقع في الأخرى وهكذا دواليك.

فعلى سبيل المثال الهلاوس تشتق من الأنا الوالدية، بينما نجد أن الهذاءات تنتج من حالة الأنا الطفلية، وتنشأ من منطقة التداخل بين حالة الأنا الراشدة وحالة الأنا الطفلية. أما أعراض الحدود (Boundary) مثل: مشاعر البعد عن الواقع، والغربة، وفقدان الشخصية، فإنها تنشأ من ضعف الحد بين حالة الأنا الراشدة وحالة الأنا الطفلية، وكل هذه الأعراض ذات طبيعة فصامية.

وفي حالات الهوس الخفيف فإن استبعاد حالة الأنا الوالدية بواسطة حالة الأنا الطفلية بالتعاون مع حالة راشد مشوشة ينتج عنه حالة تقويم نفسية جديدة للأنا الراشدة، ورغم أنها تعاني من قصور فإنها تكون ذات تأثير كبير.

أما حالات الذهان الوظيفي فإنها تشتمل على كل الحالات التي تشخص عادة تحت مسميات مثل الهوس، الاكتئاب، الفصام. وهي تصنف من الناحية البيولوجية إلى نشطة وكامنة، والذهان النشط يوجد عندما يكون لحالة الأنا الطفلية القوة التنفيذية كما يعيشها الفرد كذات حقيقية عندما تكون حالة الأنا الراشدة مغلوبة على أمرها.

وفي الحالات الأخرى مثل الاكتئاب البسيط والهوس الخفيف واضطرابات الخلق والبارانويا، فإن حالة الأنا الراشدة تكون مختلطة بواسطة حالة الأنا الطفلية وتتعاون معها ولكنها لا تكون مغلوبة. أما حالات الذهان الكامنة والتي تشتمل على الذهان التعويضي والذهان المنتقل والذهان الخفيف والحالات قبل الذهانية أو الحالات الحدية فإن حالة الأنا الراشدة تكون هي المدير وتعاش كذات حقيقية رغم أنها قد تكون مشوشة أو مغلوبة بشكل مؤقت.

ويتألف التشخيص من تحديد حالة الأنا التي تنشأ عنها السلوك حيث تظهر حالات الأنا نفسها إكلينيكياً في صورتين:

- إما أن تظهر بشكل مباشر كحالات للعقل تعاش كذات حقيقية.
- أو كإقحامات تكون غير ظاهرة أو لاشعورية في نشاط الذات الحقيقية الراهنة.

ويتطلب التشخيص ملاحظة حادة بالإضافة إلى حساسية حدسية للسلوك الإرادي وغير الإرادي والاجتماعي، وكذلك الإيحاءات والصور والكلمات التي يستخدمها الفرد كلها تشير إلى حالة الأنا العاملة.

إن كل حالات الأنا لها أربع خصائص:

1. قوة تنفيذية.
2. الإمكانية أو القابلية للتكيف.
3. المرونة البيولوجية.
4. الذهنية (العقلية).

ويتطلب التشخيص الكامل أن تؤخذ هذه الخصائص الأربعة بعين الاعتبار وأن يتم الربط بينها، ويتم التشخيص السلوكي بناء على التصرفات والأصوات والكلام وغيرها من الخصائص وأن يدعم ذلك بالتشخيص الاجتماعي أو الإجرائي والذي يشتمل على السلوكيات المناسبة لحالة الأنا في الاستجابة للمثيرات الاجتماعية.

وتعتبر هذه النظرية أن التشخيص القائم على أساس التصنيف النمطي غير مناسب من الناحية العلاجية (التصنيف المعمول به في الطب النفسي) ذلك أن العلاج يقوم على أساس من التشخيص البنائي.(كمال، 1994، ص 258) (الزيود، 1998، ص 270) (الشناوي، 1994، ص 359).

سادساً: أهم التقنيات المستخدمة في النظرية:

يبدأ الإرشاد باتفاق حيث يسأل المرشد المسترشد عن سبب مجيئه للإرشاد، وعندما يجيب بوضوح فإن المرشد يجد ما يمكن أن يقدمه للمسترشد. وقد تكون الأهداف الأولى التي يحددها المسترشد ويوافقه عليها المرشد هي التخلص من الأعراض. وكذلك ألا يلحق أي ضرر بالمسترشد ويجب أن يكون التدخل فقط عندما يكون ذلك ضرورياً بالقدر اللازم وأن يقدم أفضل إرشاد ممكن.

ويستخدم في الإرشاد حسب هذه النظرية مجموعة من التقنيات (الأساليب الفنية) نعرضها فيما يلي:

1) التساؤل (الاستجواب او الاستنطاق) INTERROGATION:

ويستخدم هذا الأسلوب لتوثيق بعض النقاط الإكلينيكية الهامة، وينبغي أن يستخدم عندما يكون المرشد واثقاً من أن حالة الأنا الراشدة لدى المسترشد ستستجيب. ونادراً ما يستخدم هذا الأسلوب للحصول على معلومات أكثر مما هو مطلوب حالاً لأن ذلك قد يدفع بالمسترشد إلى أن يلعب لعبة التاريخ.

2) التحديد (التعيين أو التفصيل والتدقيق) SPECIFICATION:

يحاول التحديد أن يثبت أشياء محددة في عقل المريض عند طريق رجوع المرشد إلى ما قاله المريض أو إخباره به وهو يستخدم للمساعدة في منع المسترشد من إنكار أنه قال شيئاً ما أو قصده وكذلك كتجهيز للتفسير.

3) المواجهة CONFRONATION:

يحاول المرشد في المواجهة أن يستخدم المعلومات السابقة الإفصاح عنها للإشارة إلى عدم وجود الاتساق فيها وإذا عجب فإن المسترشد سوف يستجيب بنوع من الاستبصار ويستخدم عندما يقوم المسترشد بدور المتنابي أو عندما يكون غير قادر على التعرف على جوانب عدم الاتساق.

4) التفسير (الشرح) EXPLANATION:

يستخدم لتقوية حالة الأنا وتخليصها من التشويش ويجب أن تكون التفسيرات موجزة ودقيقة.

5) التصوير (التوضيح) ILLUSTRATION:

يكون في شكل حكاية قد تكون في أعقاب مواجهة مباشرة وناجحة بهدف تعزيز هذه المواجهة وتلطيف تأثيراتها غير المرغوبة. وقد يعقب التوضيح المواجهة في الحال، وقد يتأخر أو يؤجل (من عشر دقائق إلى عشرة أسابيع) لكي تعطى للمسترشد الفرصة ليهدأ ويكون من الممكن إعطاؤه دفعة إضافية، ويجب أن يكون التوضيح ومشوقاً أو تسوده الرعاية والمرح.

6) التأكيد (التثبت) CONFIRMATION:

يستخدم أسلوب التأكيد عندما تكون الأنا الراشدة لدى المسترشد قد تكونت بقوة كافية لمنع الأنا الوالدية من استخدامها ضد الأنا الطفلية أو منع الأنا الطفلية من استخدامها ضد المرشد (المعالج).

7) التاويل INTERPRETATION:

ويتعامل التأويل مع الجوانب المرضية للأنا الطفلية حيث تعرض هذه الحالة الطفلية للأنا الخبرات الماضية في صورة رمزية أمام المرشد والذي يكون عليه أن يحل هذه الرموز وأن ينقيها من التشوشات، وأهم ما تسعى إليه في هذه الحالة هو الوصول إلى أنا راشدة غير مشوشة.

8) البلورة CRYSTALLIZATION:

هي شرح موقف المريض من وجهة نظر الراشد صادرة من حالة الأنا الراشدة للمرشد إلى الحالة الراشدة للمسترشد، وعلى المرشد أن يتجنب الدخول في تصادمات في التعاملات، بمعنى أن تكون تعاملاته من النوع التكميلي الذي يمكنه من أن يقوم بذلك عندما يوجه إرشاده إلى حالة الأنا التي يتوقع أن يستجيب إليها المسترشد.

9) تحليل النكوص TRGRESSION ANALYSIS:

يعبر بيرن عن ذلك بقوله " إن الموقف الأمثل لإعادة التوافق وإعادة اندماج الشخصية كلها يتطلب تقريراً انفعالياً من حالة الأنا الطفلية في وجود حالتي الأنا الراشدة والوالدية " (Berne, 1961, 224). (يمكن التوسع في باترسون، 1990، ص 303 – 306).

سابعاً: تقويم النظرية:

استفادت هذه النظرية من المفاهيم والأسس الواردة في اتجاهات الإرشاد النفسي لدى النظريات الأخرى مثل: التحليل النفسي، نظرية " روجرز" (الذات)، النظرية السلوكية (المثير والاستجابة والمعزز)، ونظرية " إليس" (الأفكار اللاعقلانية)، ونظرية "باندورا" و "مورينو" (التفاعل الاجتماعي)، ونظرية "جلاسر" (العلاج الواقعي) وغيرها. ولكن يلاحظ في هذه النظرية بساطتها ومصطلحاتها المتخصصة، وإن هذه البساطة نفسها هي أكبر مشكلة تعيق نظرية تحليل التعاملات كطريقة علاجية وإرشادية لكي تكسب الاعتراف بها كطريقة متخصصة للإرشاد النفسي، ورغم ذلك فإن هذه البساطة قد أدت بها إلى اكتساب شعبية كبيرة.

وتتجلى ايجابيات النظرية بما يلي:

- إن استخدام مصطلحات – مفردات لغوية جديدة لمفاهيم قديمة له محاسنه، فكتابات "بيرن" أسهل في فهمها من كتابات فرويد وغيره من المحللين النفسيين، كما أنها أكثر إقناعاً، وأكبر دليل على ذلك تمتعها بالشعبية الكبيرة.
- إن استخدام بيرن للقصص والاستعارات والتشبيهات يمكن أن يسهم في توضيح أفكار النظرية.

- إن تحليل السلوك الاجتماعي في صورة طقوس اجتماعية (مجاملات) وألعاب ومسليات يساعد على فهم الكثير مما يجري في العلاقات الاجتماعية.
- إن المفهوم الذي قدمه بيرن عن مخطوطة الحياة أو خطة الحياة (Life Script) يتجاوز ما تناولته نظرية التحليل النفسي.
- إن مصطلح خطة الحياة يصور أهمية الوالدين في تكوين الطفل لمخطوطة الحياة.
- إن اهتمام بيرن بالعلاقات الشخصية وعدم اقتصاره على العوامل النفسية الداخلية يعتبر إضافة لنظرية التحليل النفسي.
- قد تكون نظرية بيرن ذات فائدة لمن يعملون مع الجماعات ويركزون على ما يحدث من تفاعلات في هذه الجماعات وما يحدث في الحياة العامة من مجاملات وألعاب ومباريات.

أما سلبيات هذه النظرية فيمكن تلخيصها بما يلي:

- استخدمت هذه النظرية مفاهيم قديمة لنظريات مثل: التحليل النفسي، السلوكية، العلاج المتمركز حول العميل...وغيرها، وذلك في إطار مفردات لغوية جديدة.
- إن وصف هذه النظرية بالبساطة يفتح الطريق إلى الإساءة وسوء الاستغلال لهذه الطريقة.
- إن مصداقية النظرية ليست واضحة.
- إن السلوك الاجتماعي السوي أو غير السوي هو محصلة تعاملات وليس مجاملات أو تسليات.
- عدم تحديد بيرن لأساليب علاجية أو إرشادية محددة يستخدمها المرشد، كما في النظريات الأخرى: التحليل النفسي، السلوكية، المعرفية...
- تعتبر نظرية بيرن غير متكاملة من حيث الهدف والمنهج أو المبادئ العامة التي تعتمد عليها النظرية.
- استخدام النظرية لبعض الألفاظ الدارجة والاستعارات.

- لا يوجد في نظرية بيرن أدلة على أن تحليل التعاملات أكثر فاعلية أو أكثر كفاءة من أي علاج آخر.
- لا تساهم هذه النظرية كثيراً في التطبيق العملي لحالات الإرشاد النفسي.
- وبالرغم من أن بيرن كان معالجاً ناجحاً، لكن ليس هناك ما يشير إلى أن نجاحه يرجع إلى النظرية نفسها، وإنما استفادته من نظريات العلاج الأخرى.
- وقد لوحظ أن الناس قد يستمتعون بنظرية تحليل التعاملات بدرجة كبيرة ولكن ليس من الواضح ما إذا كانوا يخرجون بنتيجة كبيرة.

وأخيراً يقول باترسون: " إن الناس يشعرون أنهم أفضل عندما يكون بمقدورهم أن يعقلوا أو يصوروا سلوكهم تبعاً لنظام أو نظرية بغض النظر عن مصداقية هذه النظرية أو عدم مصداقيتها، وفي هذا المقام فإن تحليل التعاملات يختلف عن، وله ميزة على معظم النظريات الأخرى في مجال الإرشاد والعلاج النفسي من حيث أنه يعلم المرضى والمسترشدين المفاهيم والمسميات، وفي صورتها البسيطة، فإنها من المرجح أن تكون أوضح وربما أكثر فائدة على الأقل بالنسبة للنتائج المؤقتة". ويتابع باترسون القول: " لقد كان بيرن ذا عقل ثاقب، غزير الإنتاج، كما كان ملاحظاً حاداً للناس ولسلوكهم، كما كان يتمتع بحدس إكلينيكي قوي، وهذه الملاحظات لا تشتمل عليها المصطلحات المستخدمة في النظرية وإنما في اللغة العادية، وسواء استخدم هذه المصطلحات أم لم يستخدمها فإن ما قاله يستحق أن يُقرأ " (باترسون، 1990، ص 338 – 339).

واستناداً لما تقدم، يمكن الاستفادة من بعض الموضوعات العلمية الواردة في هذه النظرية، وخاصة ما أشار إليه بيرن فيما يتعلق بدور العلاقات الاجتماعية (التعاملات) في شخصية الإنسان إيجابا أو سلباً. كما يمكن الاستفادة من هذه النظرية لدى بعض الحالات المرضية مثل حالات اضطرابات الطفولة، أو الحالات المرضية الأخرى مثل: القلق، الوسواس، المخاوف، اضطراب السلوك... التي ترجع إلى ظروف الطفولة وأساليب التنشئة الوالدية والاجتماعية. وتبقى هذه النظرية في طور الدراسة والبحث والتجريب.

الفصل السادس عشر

الإرشاد الجماعي

Group Counseling

- مدخل.
- تعريف الإرشاد الجماعي.
- لمحة عن بدايات الإرشاد الجماعي.
- أسس الإرشاد الجماعي.
- أهداف الإرشاد الجماعي.
- الجماعة الإرشادية وتكوينها.
- تنظيم جلسات الإرشاد الجماعي.
- عملية الإرشاد الجماعي.
- حالات استخدام الإرشاد الجماعي.
- دور المرشد في الإرشاد الجماعي.
- الأساليب والتقنيات المستخدمة.
- تقويم النظرية.

الفصل السادس عشر
الإرشاد الجماعي
Group Counseling

أولاً: مدخل:

الإنسان كائن اجتماعي لديه حاجات نفسية اجتماعية لابد من إشباعها في إطار اجتماعي مثل الحاجة إلى الأمن والنجاح والاعتراف والشعور بالانتماء، إنه يعيش في جماعة تتحكم المعايير الاجتماعية في سلوكه ويخضع هذا السلوك للظروف والضغوط الاجتماعية أيضاً.

تعتمد الحياة في العصر الحاضر على العمل في جماعات وتتطلب ممارسة أساليب التفاعل الاجتماعي السوي واكتساب مهارات التعامل مع الجماعة، وتعتبر العزلة الاجتماعية سبباً من أسباب المشكلات والاضطرابات النفسية. ومهما كانت أهمية الفروق الفردية فان دراسة علم النفس الاجتماعي وسيكولوجية الفرد والجماعة تعلمنا أن كل فرد يشترك سلوكيا مع غيره في كثير من خصائص السلوك وأنماطه، فهو فريد في بعض أنماط سلوكه ومثل غيره في بعض أنماط السلوك الأخرى. كما يعتبر تحقيق التوافق الاجتماعي هدفا من أهداف الإرشاد النفسي الذي يسعى إلى مساعدة الفرد على فهم واقعه واعداده لمستقبل يستطيع التوافق فيه مع نفسه ومجتمعه، ويعيش حياة مستقرة خالية من المشكلات والاضطرابات النفسية. وهذا العمل يتطلب مجموعة من الطرق والأساليب للوصول إلى الغاية المنشودة.

وقبل الحديث عن أهم الأساليب الإرشادية، لابد لنا من الإشارة إلى الطرائق الإرشادية بوصفها منهجاً علميّاً واضحاً يسير فيه المرشد بخطوات وفق أساليب علمية للوصول إلى فهم مشكلة المسترشد ومساعدته على حلها. وتتعدد طرائق الإرشاد بناء على تعدد نظريات الارشاد، ولكنها جميعا تتفق فيما بينها على هدف

مساعدة المسترشد على فهم نفسه واتخاذ القرارات وحل المشكلات ليكون سعيدا في حياته واكثر نفعا لمجتمعه.

ومن أهم طرائق الإرشاد النفسي:

- الإرشاد الفردي.
- الإرشاد الجماعي.

فإذا كان الإرشاد الفردي من أبرز أساليب الإرشاد فإن الإرشاد الجماعي ينطلق من مسلمة مؤداها أن الموقف الجماعي لعلاقاته المتعددة التي تقوم بين الأفراد يكون اقرب إلى الحياة الواقعية بالمقارنة مع العلاقة الإرشادية في الإرشاد الفردي، انه يفيد في دعم الجانب النفسي للأعضاء ويفيد كذلك الأشخاص الانطوائيين والانبساطيين من اجل تنظيم حياتهم بشكل صحيح وسليم، حيث إن تأثير الجماعة في إحداث التغيرات السلوكية لدى الأفراد ثابت علميا منذ قرون عديدة.

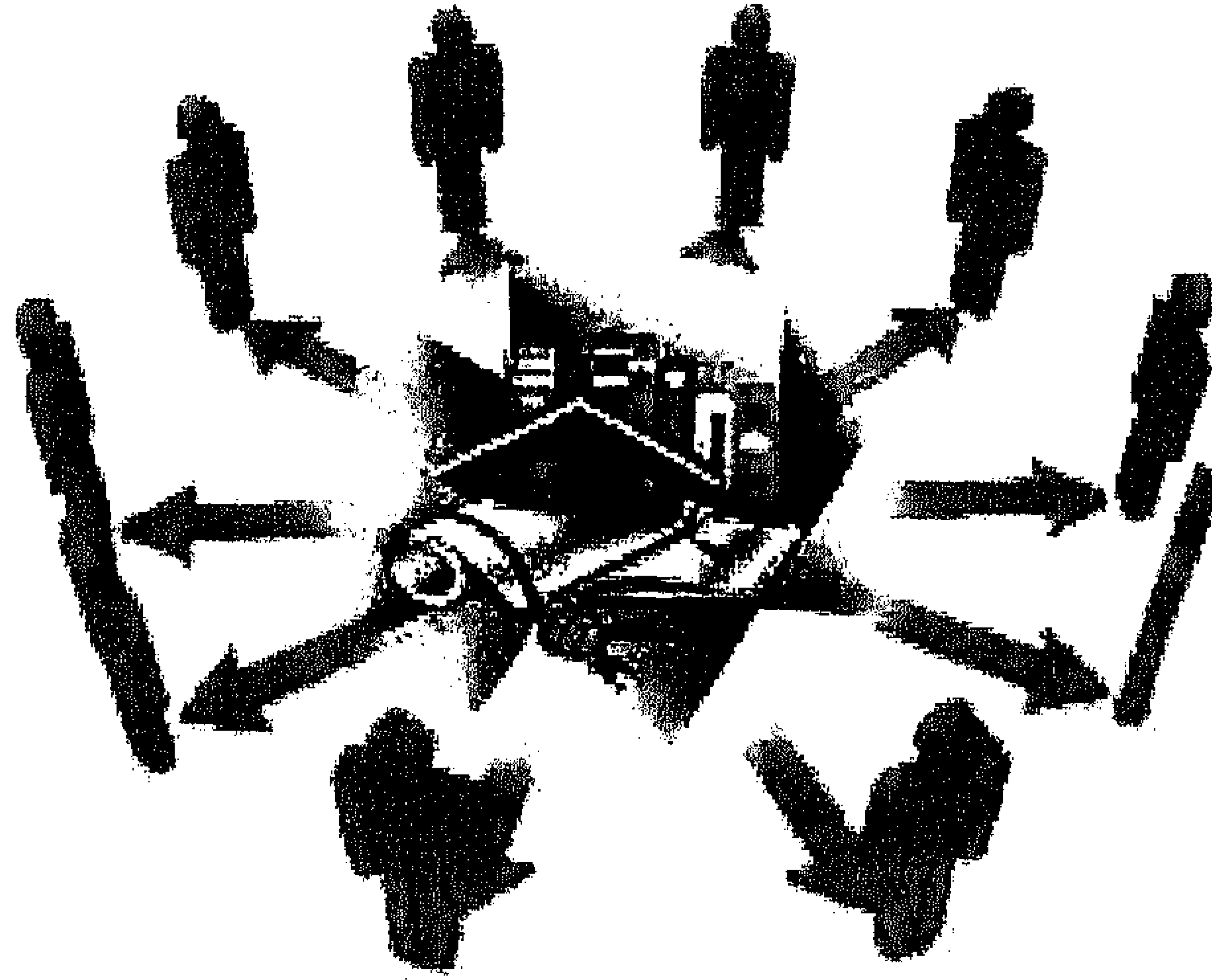
يتعرض الفرد لنوعين من الضغوط الاجتماعية، أحدهما توجهه الجماعة للفرد، والأخر ينشأ داخل الفرد. ومن هنا تبدأ قدرة الفرد على التكيف مع هذه الضغوط تنخفض شيئا فشيئا إلى أن تصبح لديه مشكلات تكيفية تمنعه من القدرة على متابعة حياته بشكل طبيعي، وهذه

المشكلات والاضطرابات يمكن علاجها عن طريق تعديلها وتغييرها الواحد تلو الآخر تعديلا من السيئ إلى الأحسن، ومن الغريب إلى المألوف، ومن اللامتوافق إلى المتوافق. وتتضمن هذه العملية محو السلوك المتعلم الخاطئ غير المتوافق وتحويله إلى سلوك متوافق ينتج عنه تكيف الفرد وحل مشكلاته، فالمشكلات والاضطرابات النفسية هي عبارة عن عوائق يمكن أن تواجه اي شخص نتيجة تفاعله المستمر مع الآخرين المحيطين به وهي قابلة للتعديل والعلاج انطلاقا من المحيط نفسه الذي نشأت فيه. (الزيود، 1998)

الإرشاد الجماعي

إن الإرشاد الجماعي هو احد أساليب الإرشاد الذي يهدف إلى خدمة وسعادة الأفراد ومساعدتهم على حل مشكلاتهم من خلال دراسة السلوك الصادر عن كل فرد كاستجابات لمثيرات اجتماعية تأتيه من العالم المحيط به، حيث يستفيد المرشد من دراسة علم النفس الاجتماعي وديناميات الجماعة وبنائها، والعلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي وكيفية تكوين الجماعات الإرشادية، وكذلك معرفة معايير السلوك في الجماعة وكيف تتوزع الأدوار فيها. حيث إن عملية الإرشاد تعتمد على مجموعة من المفاهيم الأساسية الوثيقة الصلة بجوانب حياة المسترشدين المختلفة حيث تهتم بدراسة الأسرة باعتبارها أقوى العوامل الاجتماعية تأثيرا في الفرد وفي تنشئته الاجتماعية ويختلف تأثيرها الحسن أو السيئ باختلاف تركيبها وظروفها. كذلك تهتم بمعرفة الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد، وأسلوب حياته في إطار هذه الطبقة لان هذا يؤثر في حياة الفرد وسلوكه. وتهتم أيضا بدراسة نظام الحياة في المدن والأرياف حيث توجد فروق بينهم تعود لأسلوب الحياة،

وكأننا بعملية الإرشاد هنا عملية إصلاح اجتماعي تتطلب قياده اجتماعية ابتكارية من جانب المرشد الذي يعمل على دمج الأفراد في خبرة الحياة الواقعية (الشناوي، 89،1996). من هنا يؤكد الإرشاد الجماعي على انه لا يمكن لعملية الإرشاد أو العلاج النفسي أن تتم دون الاهتمام بالفرد على انه عضو في جماعة يعيش فيها ويتأثر بها، وأن عملية الإرشاد النفسي تنطلق من واقع الفرد وظروفه.



ثانياً: تعريف الإرشاد الجماعي:

يعتبر الإرشاد الجماعي عملية تفاعل بين المرشد ومجموعة من الأعضاء ذات اهتمام مشترك يحاولون التعبير عن أنفسهم ومواقفهم في أثناء الجلسة الإرشادية بهدف تغيير اتجاهاتهم وسلوكهم.

تعددت تعريفات الإرشاد الجماعي، وزيادة في التنوع والتكامل والفائدة نورد فيما يلي بعض تعريفات الإرشاد الجماعي:

- هو إرشاد عدد من الأشخاص الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعات صغيرة، أي تقديم الخدمة الإرشادية من خلال مجموعة من الأفراد عن طريق علاقة إرشادية بين المرشد ومجموعة من المسترشدين تتم من خلال جلسات جماعية في مكان واحد يتشابهون في نوع المشكلة التي يعانون منها ويعبرون عنها كل حسب وجهة نظره وطريقة تفكيره (زهران، 1982).
- علاج عدد من المرضى معا في جماعات صغيرة مع استغلال التفاعل الاجتماعي بين المرضى بعضهم وبينهم وبين المعالج مما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المضطرب. (جبل، 2000، 255)

- يتكون ذلك العلاج من أحداث ووقائع تتم داخل جماعات ذات تنظيم رسمي، ويقودها قائد متمرس، يهدف لإحداث تغييرات جيدة نتيجة لتفاعلات محددة ومحكومة داخل الجماعة. (فطيم، 59، 1993)
- الإرشاد الجماعي: ذلك النوع من الإرشاد الذي يتم بين المرشد أو المعالج النفسي ومجموعة من المسترشدين يتراوح عددهم بين (3 – 12) شخصاً أو (6 – 8) أشخاص لديهم مشكلات عامة أو مشتركة ويرغبون في مساعدة المرشد لهم من اجل التخلص منها، وهذه المجموعة الارشادية متجانسة عقليا وفكريا وتلتقي عاده مرة أسبوعيا ولمدة ساعة إلى ساعة ونصف (الزعبي، 2002).
- كما يّعرف الارشاد الجماعي بأنه: أحداث ووقائع تتم داخل جماعات ذات تنظيم رسمي تجمعي، ويقودها قائد متمرس (مرشد أو معالج). وتهدف تلك الجماعة إلى احداث تحسين عاجل في اتجاهات وسلوك الأعضاء والقادة. وتحدث تلك التغيرات نتيجة لتفاعلات محدودة ومحكومة داخل الجماعة (العاسمي ورحال، 2006). والمقصود هنا بأنه تنظيم رسمي، أي أنه ليس نشاطا عارضا أو جاء بالصدفة، وركز هذا التعريف على القائد المتمرس، لأن الارشاد الجماعي يتطلب قيادة حكيمة بارعة من قائد مهني متخصص ومؤهل تأهيلا جيداً.

ثالثاً: تطور الإرشاد الجماعي:

ظهر الإرشاد الجماعي (Group Counseling) استجابة لضرورة تقديم الخدمات الإرشادية الملحة للأفراد في كافة المجالات،ولانتشار المشكلات والاضطرابات السلوكية بشكل يتعدى طاقة الإرشاد الفردي (individual counseling) على مواجهتها الذي يتعامل مع كل حالة على حدة، ويتم من خلال الجماعة العلاجية مساعدة المسترشدين على مناقشة مشكلاتهم والتنفيس عن انفعالاتهم وزيادة استبصارهم (Their Insight) بمشكلاتهم، كما يتعلم المسترشدون التعبير عن آرائهم ومشاعرهم غير الملائمة وتعديل أفكارهم ومعتقداتهم الخاطئة.

إن المتتبع لتاريخ الإرشاد الجماعي يجد جذوره موغلة في القدم، فالدراما الإغريقية ومسرحيات العصور الوسطى وجلسات التنويم المغناطيسي التي عقدها " مسمر " هي الإرهاصات الأولى لحركة الإرشاد النفسي الجماعي الحديثة، ويدلنا الواقع أن الإرشاد النفسي الجماعي لم يظهر مرة واحدة وإنما جاء نتيجة لاتجاهات متعددة متنوعة، ويمكن القول أن المصادر الرئيسية للجماعات الإرشادية اليوم هي:

1. الممارسة الاكلينكية (Clinical Practice) في المستشفيات.
2. البحوث التجريبية (Experiential Searches في الجماعات العملية في أنشطة علم النفس الاجتماعي.
3. الاحتياجات الاجتماعية العملية كجماعات العون الذاتي (Help Groups (– Self
4. التوجهات الفلسفية: جماعات المواجهة التي قامت على أساس الفلسفة الإنسانية (Humanistic Philosophy) في علم النفس.

وقد اختلفت المراجع حول من هو الشخص الذي بدأ الحركة فرأى بعضهم أن " مسمر" يستحق لقب أبي الإرشاد الجماعي، ورأى بعضهم الأخر أنه "برات" ورشح آخرون " أدلر" مع "برات" ليكونا رائدي الحركة، بينما رشح بعضهم الأخر "برات ومورينو "، ولا جدال أن هذه الأسماء كان لها نصيبها من الريادة، إلا أن العلاج (الإرشاد) النفسي الجماعي هو محصلة لجهود وعقول نيرة ومتعددة. (فطيم، (1993

ويرى الكثيرون أن البداية الحديثة للإرشاد النفسي الجماعي كما نعرفه اليوم ينسب إلى" جوزيف برات" (Joseph Pratt) ففي عام (1904) طبق برات طريقة الصفوف العلاجية (Therapeutic classes) على مرضى السل في جلسات تثقيفية جماعية في مدينة بوسطن في الولايات المتحدة الأمريكية، ووجد بأن هذا الجمع قد أفاد في رفع معنويات المرضى، وزاد بالتالي في النتائج الايجابية للعلاج. ويقر برات (طبيب بشري) بأن أسلوبه العلاجي قد تأثر بالرأي الذي جاء به الطبيب

الفرنسي ديجرين (Dejerine) والذي يرى أن العلاج النفسي يعتمد على التأثير المفيد من شخص على شخص آخر، وفي أعقاب الحرب العالمية الأولى استعمل لازل (Lazel) في الولايات المتحدة الأسلوب الجماعي في علاج الحالات المرضية العقلية، فقد قام عام (1911) بأول محاولة علاجية جماعية مع مرضى الفصام (Schizophrenia) مستعينا بمنهج التحليل النفسي (Psychoanalytic)، مما يدعو للاعتقاد أن العلاج النفسي الجماعي هو تطور للعلاج بالتحليل النفسي". وقد نشر لازل مقالا عام 1923 عن تجربته في العلاج الجماعي وأكد على النتائج الإيجابية التي حققها، وكان علاجه يتكون أساسا من إلقاء المحاضرات على الجماعة.

وقد علل "لازل" الفائدة الايجابية من العلاج الجماعي تكمن في: أن المريض في الحالة الجماعية يشعر بالاطمئنان بسبب إدراكه بأن هنالك غيره ممن هم في مثل حاله، وأن بعض المرضى الذين يتعذر الاتصال بهم فرديا يصبحون أكثر انفتاحا وتواصلا في الظروف الاجتماعية. (كمال، 1994).

ثم ظهر ألفريد آدلر (Alfred Adler) والذي ينسب إليه فضل الريادة في العلاج النفسي الجماعي حيث استخدم منهجا جماعيا في توجيه الأطفال في فيينا بالنمسا، وأكد على أهمية وضرورة تنمية الميول والاهتمامات الاجتماعية، ويعتبر آدلر الشخصية المؤسسة (للنظرة الاجتماعية النفسية الجديدة) وذلك عام 1911، وانشأ أول عيادات للتوجيه الجماعي في مدارس فيينا، كما كان له الفضل في إنشاء مدرسة تجريبية لتطبق نظرياته في التربية، وقد قام آدلر بتأسيس مركز للإرشاد العلاجي، كما دعا إلى النظر للإنسان في إطار الجماعة، حيث أضفى عليه غيرية وإنسانية وتعاون وابتكاريه (هول وليندزي، 1971)

وقد زعم جاكوب مورينو (Jacob Moreno) أنه وضع مصطلح العلاج النفسي الجماعي عام (1932)، وكان يستخدم الأساليب الجمعية في فيينا قبل عام (1925)، وأسس عام (1931) أول مجلة متخصصة في العلاج الجمعي، وفي عام

(1947) بدأ مورينو في نشر مجلة جديدة هي (الطب النفسي الاجتماعي) ثم غير عنوانها بعد ذلك ليصبح (العلاج النفسي الجمعي)، ويرتبط اسم مورينو بالسيكودراما (Psychodrama) التي أدخلها إلى الولايات المتحدة عام (1925). وقد استخدم كل من وندر (1929) (Wender)، وشلر (1934) (Schiller) مفهومات التحليل النفسي في العلاج الجماعي. أما تريجانت بارو، فقد استخدم اصطلاح تحليل الجماعة (Group Analysis) منذ عام (1925) ثم غير إلى تحليل النوع (Species Analysis) وأصبح بارو عام (1932) أكثر اهتماما بالمبادئ البيولوجية الكامنة وراء سلوك الجماعة، وكانت فكرته بسيطة وهي: لما كان الإنسان جزءاً من الجماعة فلا يمكن أن يكتمل تحليل الفرد دون دراسة حقيقية للجماعة التي هو عضو فيها، وهكذا ابتكر أسلوب تحليل الجماعة وكان هذا الأسلوب هو الإضافة الفذة التي أضافها إلى التحليل النفسي والعلاج النفسي الجمعي. (فطيم، 1993)

دخل " سلافسون " (Slavson) عام (1930) ميدان العمل الجماعي والتربية الجمعية، وقد ابتكر العلاج من خلال جماعات النشاط The Activity Groups) لعلاج الأطفال والمراهقين.

ومع نهاية الحرب العالمية الثانية أصبح العلاج النفسي الجماعي واسع الانتشار، وقد نما بصورة هائلة خلال الحرب نتيجة لنقص الأيدي العاملة المدربة وازدياد عدد المرضى النفسيين وقد قدمت كل مدارس العلاج بالتحليل النفسي التي تنتمي إلى فرويد وهورني وسوليفان مساهماتها في العلاج النفسي الجماعي بدءاً من عام (1945). وفي عام (1942) قدم روجرز (Rogers) عرضا لأرائه في الإرشاد والعلاج، وكان يرى أن العلاج الجمعي هو الاسم الذي يطلق على محاولة ترجمة مبادئ العلاج الفردي إلى إجراءات جمعية تستند استنادا كبيرا إلى أسلوب اللعب، ويعتبر روجرز رائد أسلوب جماعة المواجهة. ثم قام بيرر (Bierer) بتنظيم جماعات من المرضى مستخدما أفكار أدلر وكذلك فولكر (Foulker) الذي استخدم أساليب التحليل النفسي في عمله مع الجماعات، ثم نشط سوذرلاند

(Sutherland) في عملية العلاج النفسي الجماعي وكانت طريقته تعتمد على قاعدة (هنا والآن) في تفسير الطرح الحادث بين الجماعة والمعالج. (فطيم، 1993)

ويعتبر ويلفرد بيون (Wilfred Bion) من أشهر المحللين البريطانيين الذين تركوا بصمات واضحة في مسألة العلاج الجماعي، حيث قدم سلسلة من الافتراضات المركبة والمعقدة بشأن العمليات التي اعتقد أنها توجد في كافة الجماعات.

وكان لمدرسة الجشطالت (Gestalt) مساهمتها في هذا المجال، إذ عمد كورت ليفين (Lewin) إلى تطبيق مبادئ علم نفس الشكل في الإرشاد الجماعي، وليفين هو الذي أدخل مفهوم) دينامية العلاج الجماعي وفي العام 1947 نشر ليفين طريقة التشخيص النفسي الجماعيPsychological Group Diagnosis وهي طريقة لا تزال باقية حتى اليوم. (النابلسي، 1991، 178)

ونؤكد هنا على دخول الجماعات مرحلة جديدة اتجهت فيها إلى الخبرات الجمعية المكثفة في جامعة شيكاغو على يد روجرز وزملائه، حيث تم تكوين جماعات يلتقي فيها المتدربون ليزدادوا فهما بأنفسهم وبالاتجاهات التي تعوق عملية الإرشاد، وكانت محاولة للربط بين التعلم المعرفي والتعلم بالخبرة، وبعد ذلك تم الدمج بين تفكير ليفين ومدرسة الجشطلت من ناحية، وبين العلاج المتمركز حول المسترشد من ناحية أخرى، وكانت هذه بداية الانطلاق لحركة الجماعات فتعددت أنواعها وأفكارها النظرية مما جعل للأسلوب الجمعي تلك المكانة التي نشاهدها اليوم.

يعتبر الإرشاد النفسي الجماعي ظاهرة خاصة بالقرن العشرين حيث أشار عدد من العلماء أيضاً في أكثر من مناسبة إلى اعتماد الجماعة في التأثير في الفرد، حيث انتشر في الربع الثاني من القرن الماضي، وتعددت أشكاله منذ منتصف الخمسينيات، فقد استخدمت الجماعات في المجال الطبي والتربوي والمهني، وأصبح

هذا الاستخدام ظاهرة شائعة في أواخر الستينات وأوائل السبعينات من القرن العشرين.

رابعاً: اسس الإرشاد النفسي الجماعي:

يعتبر الإرشاد الجماعي أن معظم المشكلات التي توجد عند الناس هي مشاكل اجتماعية وشخصية، ولهذا يعمل المرشد على مساعدة المسترشد على فهم نفسه من خلال الاستفادة من التصحيحات والتشجيع من أعضاء الجماعة الآخرين. فأعضاء المجموعة التي لديهم المشكلة نفسها تقريبا، نجدهم يتعاطفون مع بعضهم، ويستطيعون فهم مشكلاتهم الخاصة من خلال ملاحظة وفهم مشاكل الآخرين في المجموعة، وهذا يساعدهم على رؤية مشكلاتهم بصورة أكثر جدية وحل هذه المشكلات.

ونستطيع أن نبين أهم الأسس التي يعتمد عليها الإرشاد النفسي الجماعي كما يلي:

1. توفير فرص تفاعل اجتماعي أوسع تضم مرشداً ومسترشدين لكل منهم مهمة ويصبح كل منهم مرسلا ومستقبلا للتأثيرات الإرشادية مما يوفر أساسا متينا في انجاز الإرشاد النفسي لمهمته.
2. يوفر الإرشاد النفسي الجماعي فرصة للمسترشد لإشباع حاجاته النفسية والاجتماعية في إطار اجتماعي، مثل الحاجة إلى الأمن والنجاح وتقدير الذات والشعور بالمسؤولية تجاه الآخرين والحاجة إلى الحب والمحبة وغير ذلك.
3. يتيح فرصا لأن يرى المسترشد نفسه ومشكلاته رؤية جديدة، حيث تعتبر الجماعة بمثابة مرآة للمسترشد يرى فيها نفسه. ومن خلال الجماعة يستطيع المسترشد مقارنة نفسه بالآخرين، ورؤية نجاحاته ونجاحاتهم، كما يرى فيها مشكلاته ومشكلاتهم مما يخفف لديه إحساسه بخطورة حالته وهذا ما يعزز سلوكه المعدل.

4. يتيح الإرشاد النفسي الجماعي للمرشد ملاحظة سلوك المسترشد في مواقف اجتماعية واقعية فيها الكثير من المثيرات والاستجابات وأساليب الدفاع.
5. يعد الموقف الإرشادي هنا بمثابة الحافز للمسترشد، حيث أن ترقب ما سيقدمه كل مسترشد في الجلسة الإرشادية الجماعية يزيد من قوة الحافز التي تستثير المسترشد للبحث عن تحليل لحالته وعن حل لمشكلاته.
6. يوفر فرصة للمسترشد للقيام بدور معين كقيادة فعاليات الجماعة، وقد يلعب دور الوسيط، أو المتحمل لأعباء الآخرين، وهذا يوفر للمسترشد فرصة الكشف عن مشاعره وتنفيذها واقعيا.
7. يوفر فرصة لتقديم خدمات الإرشاد لعدد أكبر من المسترشدين تتشابه أنماط حياتهم العامة، كما تتشابه بعض مشكلاتهم واضطراباتهم وحاجاتهم للإرشاد.
8. يوفر هذا النوع من الإرشاد الفرصة للمرشد ليكّون فرضيات تلزم في التشخيص والبحث العلمي.
9. يوفر الإرشاد النفسي الجماعي تبادل الخبرات والمهارات في التعامل مع الآخرين ومواجهة المواقف المختلفة.
10. الإنسان كائن اجتماعي لديه حاجات نفسية اجتماعية لابد من إشباعها مثل الحاجة إلى الأمان والتقبل والتقدير الاجتماعي والنجاح والاحترام والتقدير والحب.
11. يعتبر التوافق الاجتماعي هدفا من أهداف الإرشاد النفسي.
12. إن وجود الفرد مع الآخرين يزيد من إنتاجيته.
13. إن معرفة الآخرين للفرد تمكنهم من أن يكونوا أكثر تأثيرا في ادراكاته وآرائه وسلوكه.
14. تعتمد الحياة المعاصرة على العمل في جماعات.
15. يتزايد التماسك في الجماعة بتزايد التمسك بقيم الجماعة.
16. إن لقائد الجماعة الأثر الكبير في توجيه دينامية الجماعة.

17. إن الكثير من أسباب مشاكل الإنسان تنجم عن تفاعل الفرد مع غيره في جو جماعي. لهذا فان محاولة الإصلاح في جو جماعي مماثل ذات فائدة أكبر.
18. الفائدة العلاجية ضمن الجماعة هي أكثر نفعا وأطول استدامة من العلاج الفردي.
19. إن دينامية الجماعة تغير من سلوك أفراد الجماعة مما يسهل إحداث تغيير في شخصية الفرد.

خامساً: أهداف الإرشاد الجماعي:

إن أهداف الإرشاد الجماعي تعتمد بشكل أساسي على نوع المجموعة الإرشادية، فأهداف الإرشاد الجماعي لمجموعة المدمنين (Addicts) تختلف عن أهداف العلاج الجماعي لمجموعة الخوف المرضي (Phobia)، حيث تكون لكل مجموعة أهداف خاصة بها، ولابد من الإشارة هنا إلى أن الجماعة الإرشادية ليس لها أهداف جماعية وإنما لها أهداف فردية خاصة بكل فرد، حيث إن إرشاد الأفراد داخل الجماعة هو الهدف الأسمى في كل جلسة من الجلسات، وجوهر الإرشاد الجماعي هو أن يتلقى أعضاء الجماعة عونا إرشادياً يساعدهم على تحقيق أهدافهم الشخصية، والقائد الناجح هو الذي يساعد كل فرد من المجموعة للوصول لأكبر قدر ممكن من الاستقلال النفسي (Psycho Independence) الذي هو هدف كل عضو من المجموعة.

ويمكننا أن نحدد أهداف عامة يسعى إليها الإرشاد الجماعي:

1. إحداث تغييرات دائمة نسبيا في البناء النفسي الداخلي من أجل الوصول لتوازن نفسي داخلي (Internal Psycho poise). (عبد الفتاح، 1998، 27)
2. مساعدة الأفراد على فهم انفسهم وزيادة تعلمهم بأساليب أكثر فاعلية وعلى تحمل مسؤولياتهم في عوالمهم الشخصية. (فطيم، 1993، 68)

3. إحداث تحسين في اتجاهات (Directions) وقيم (Value) وسلوك الأفراد أي إعادة التنشئة الاجتماعية لهم، وهذا التحسن يكون نتيجة لتفاعلات محددة ومحكومة داخل الجماعة.
4. لابد من فحص المشاعر ومساعدة العضو على أن يفهمها وأن يتعلم كيف يسيطر عليها وهذا جزء جوهري من صميم العملية العلاجية، وإذا كانت الانفعالات تشكل خطرا أو عائقا نفسيا بأي شكل لأي عضو فإن العلاج الجماعي يطمح إلى المساعدة في حل الصعوبات الانفعالية.

سادساً: تكوين الجماعة الإرشادية:

هي مكان آمن يطرح فيها المسترشد صعوباته وأسراره في جو يتصف بالتقبل غير المشروط يخلو من اللوم والانتقاد مما يدفع الفرد للتعبير عن مشاعره وأفكاره فيهم ذاته ويتقبلها ويتمكن من تحديد ووضع البدائل المناسبة والتي يوصف عموما بأنها أهداف تكيفية انفعالية واجتماعية. وفي ما يتعلق بحجم الجماعة الإرشادية فانه يفضل أن يكون العدد متراوحاً بين (5 – 9) أفراد من اجل أن تكون المشاركة أكثر فاعلية ويمكن للعدد أن يكون أكثر من ذلك وفقا لما تقضيه الحاجة وخاصة عندما يكون الهدف وقائيا. وتهدف المجموعة الإرشادية إلى:

- مساعدة المسترشد على فهم نفسه وقدراته ونقاط القوة والضعف لديه.
- مساعدة المسترشد في التعبير عن نفسه في جو من الأمن والتقبل.
- تزويد المسترشد بالثقة حتى يستطيع مواجهة مشاكله وحلها.
- مساعدته للبحث عن هويته وأهدافه في الحياة وتنمية قدرته على تحمل المسؤولية. (البلبيسي، 2006)

ويمر تكوين الجماعة الإرشادية بالخطوات التالية:

التقديم والتعريف بالجماعة:

هنا يعلن المرشد عن عزمه على تكوين جماعة علاج أو إرشاد ويتولى الاجابة على أية أسئلة يوجهها الراغبون في الانضمام للجماعة والتي غالبا ما تتعلق بدرجة ما يمكن الإفصاح عنه من مشكلات وتحديد المفهوم بالثقة والمحافظة على الأسرار.

مقابلة القبول للجماعة:

وتستغرق حوالي الساعة يتاح فيها للمرشد النفسي التعرف على المسترشدين ويتم اختبار قدرتهم على مناقشة مشكلاتهم بصراحة وما يقلقهم ومواجهة مشكلات مطالب النمو.



اختيار المسترشدين:

ويتم هذا على أساس مجموعة من المعايير مثل:

- القدرة على الإنصات للآخرين، وجود الاستعداد للتعاطف مع الآخرين والاعتراف بحاجاتهم.
- القدرة على الإفصاح عن مشكلاته ومصادر ألمه.

- القدرة على تحديد أهداف معينة ووجود استعداد لديه للعمل على تحقيقها.
- القدرة على مواجهة الأمور الصعبة وتحمل المسؤولية في حل مشكلاته.

التعرف على أهداف المسترشدين:

أي التأكد من أن أهداف المسترشد هي أهداف اختارها هو بنفسه وليست أهدافاً حددها أشخاص آخرون.

بدء العمل مع الجماعة:

تبدأ بقيام المرشد بوصف مختصر لدوره وما يتوقعه من المسترشدين، مع التأكيد على أهمية الاتصال المتبادل بينهم، كذلك يشجع المسترشدين الذين لا يتوقع منهم البدء في الحديث عن مشكلاتهم.

تنمية العلاقة داخل الجماعة:

من خلال التماسك والإفصاح عن المشكلات الذي يساعد في تنمية العلاقة بين أفرادها.

هذا وكلما ازداد تماسك الجماعة ازداد معه شعور القبول والتأييد المتبادل بين أفرادها وازداد الشعور بالأمن، كذلك يتيح تماسك الجماعة لأعضائها أن يعبروا عن انفعالات الغضب أو الخوف وهم على ثقة أن ذلك لن يؤدي إلى الإضرار بالعلاقة.

ومن العوامل التي تعكس تماسك الجماعة:

- توجيه النظر إلى العضو المتحدث.
- زيادة التفاعل بين الأعضاء بعضهم مع بعض.
- عدم السماح بان يكون شخص معين محطة نقد.
- الثقة المتبادلة بين الأعضاء. (الزعبي، 2002)

ونشير هنا إلى أن القوى الإرشادية في الجماعة كبيرة يجب استثمارها، وتعريف أعضاء الجماعة الإرشادية بهذه القوى حتى يمكن الاستفادة **ومنها:**

1) التفاعل الاجتماعي:

وله تأثير فعال فهو يجعل الأعضاء يندمجون في النشاط الاجتماعي، فيصبح للإرسال والاستقبال الاجتماعي تأثيره الملموس بين جميع أعضاء الجماعة، فلا يعتمد الإرشاد على المرشد وحده بل يصبح العملاء أنفسهم مصدرا من مصادر الإرشاد.

2) الخبرة الاجتماعية:

تتيح الجماعة كنموذج مصغر للمجتمع فرصة لتكوين علاقات اجتماعية جديدة واكتساب خبرات ومهارات اجتماعية تفيد في تحقيق التوافق الاجتماعي وتعمل الجماعة على إظهار أنماط السلوك الجماعي العام إلى جانب السلوك الفردي الخاص وأنماط السلوك المعياري إلى جانب أنماط السلوك الشاذ.

3) الاطمئنان:

يؤدي انتماء العميل إلى جماعة إرشادية إلى الشعور بالتقبل والتخلص من الشعور بالاختلاف والاقتناع بأنه ليس وحده الشاذ وان المشكلات النفسية تواجه الناس جميعا، كذلك فان سماع العميل غيره وهم يتحدثون عن مشكلاتهم يزيد من اطمئنانه ويقلل من مقاومته للتحدث عن مشكلاته.

4) الجاذبية:

للجماعة جاذبيتها الخاصة لأعضائها وذلك بتوفيرها الأنشطة الجماعية التي تتيح إشباع حالات أعضائها وإشعارهم بالأمن وتحقيق الأهداف.

5) المسايرة:

يكون للجماعة معاييرها الخاصة بها ويلتزم أعضاء الجماعة بمسايرة هذه المعايير، ومن أهم هذه المعايير الكلام عن المشكلات في تعبير حر صادق وإتاحة الفرصة لمناقشتها بهدف الوصول للحل. (عمر، 1992، 112).

سابعاً: تنظيم جلسات الإرشاد الجماعي:

1. تحضير الموضوع الذي يراد طرحه في الجلسة.
2. يتعين أن تعقد الجلسات في أي مكان تتوافر فيه الراحة والهدوء.
3. التعريف بالإجراءات والقواعد المتصلة بتنظيم الجلسة كان تكون على شكل نصف دائرة.
4. إدارة النقاش وكيفية المشاركة في تناول الموضوع ومناقشته.
5. أن يتم لقاء المجموعة مرة واحدة في الأسبوع ولمدة (8 – 10) جلسات مثلا.
6. يحدد طول الجلسة بما يتناسب مع المشكلة والمسترشدين.
7. يقوم المرشد بتسجيل خلاصة لما يتم في الجلسة في سجل خاص.

وجلسات الإرشاد الجماعي يمكن أن تكون نمائية أو وقائية أو علاجية:

- **الجلسات النمائية:**

والتي تهدف إلى نمو أعضاء الجماعة بحيث تتصل بمشكلات النمو الخاصة بكل مرحلة نمائية وبخاصة مرحلة الطفولة المتأخرة والمراهقة بجوانبها المختلفة الجسمية والانفعالية والاجتماعية والعقلية، مثل مشكلات:العلاقة مع الجنس الآخر، ثورات الغضب،الاستقلالية،الضوابط الاجتماعية. وبالتالي ترشيد هذه المرحلة وتوجيهها التوجيه السليم الذي يتفق مع التوجيهات الاجتماعية السليمة.

- **الجلسات الوقائية:**

تناقش موضوعات يمكن للمسترشدين أن يستفيدوا منها وان لا يقعوا في شرك عواقبها مثل مشكلات: تعاطي المخدرات،التدخين،الفوضى،وعدم النظام وغيرها، وتتم هذه الجلسات من المسترشدين على شكل مجموعات كبيرة أو صغيرة، يمكن أن يحددها المرشد حسب الحاجة.

ويمكن إن تسير الجلسة وفقا للإجراءات التالية:

أ. يقوم المرشد بتحضير الموضوع الذي يريد طرحه مثلا (تعاطي المخدرات) وهذا يتطلب من المرشد أن يعرف الكثير عن هذا الموضوع.

ب. يتم تنبيه المسترشدين إلى الإجراءات والقواعد الناظمة للجلسة، فمثلا تتطلب الجلسة أن يكون الأعضاء على هيئة نصف دائرة بحيث يتم رؤية المسترشدين لبعضهم ورؤية المرشد لهم.

ج. يقوم المرشد بإدارة النقاش حيث يستمع إلى المسترشدين الذين لديهم خبرة أو معلومات حول هذه المشكلة ويطلب إليهم إبداء آرائهم.

د. كما يتعين على المرشد أن يقدر عدد الجلسات المطلوبة لمثل هذا الموضوع كي تحقق هدفها الوقائي.

- **الجلسات الإرشادية (العلاجية):**

قد تكون أهداف الجلسات إرشادية عندما تكون الجلسات مخصصة لمجموعه من المسترشدين الذين يعانون من مشكلات متشابهة، بحيث تساعد في التغلب على مشاعر الوحدة وإكسابهم المهارات الاجتماعية وتنمية القدرة على التعبير عن أنفسهم، وتنمية تقدير الذات والقدرة على حل المشكلات، فالهدف الرئيسي للإرشاد الجماعي هو مساعدة المسترشد على إيجاد حل لمشكلاته عن طريق الجماعة أكثر مما قد يجدها عن طريق الإرشاد الفردي ويكتشف مدى التشابه بين مشكلاته ومشكلات الآخرين. (يوسف،2006)

وفي الجلسة الإرشادية لا بد للمرشد من الاهتمام بالأمور التالية لتوطيد علاقته بالمسترشدين وبالتالي نجاح عملية الإرشاد الجماعي:

1. الترحيب: حيث يرحب المرشد بالمسترشدين ويُعَرّف بنفسه، ويتعرف على أعضاء المجموعة وبذلك تتم عملية التعارف بين أعضاء المجموعة.
2. تعريف كل فرد في الجماعة بدوره: وبالمعايير السلوكية ومسؤولياته تجاه الآخر وإقامة علاقة إرشادية منتظمة قوامها الصدق والاحترام.
3. فهم وضع الأسرة: لابد للمرشد أن يطلع على وضع الأسرة التي ينتمي إليها كل فرد من أفراد الجماعة، وخلال اللقاء الأسري لا بد من أن يترك المرشد الأسرة تعبر عن مشاعرها وأفكارها ومشاكلها ويجب أن تبقى العلاقة علاقة عمل وليست ذات طابع شخصي.
4. العلاقة المتبادلة: من أهم عوامل نجاح العلاقة أن تكون العلاقة متبادلة بين المرشد والمسترشدين بحيث يسودها جو الاحترام والثقة والتفاهم والتعاون.
5. الاعتدال: أن تكون العلاقة الإرشادية معتدلة بين الحنو والتعامل الرسمي وان تكون نموذجا للعلاقات الإنسانية السليمة.
6. المدى: العلاقة الإرشادية مدى يجب أن يوقف عنده فلا يجوز أن تأخذ شكل صداقة شخصية أو علاقة عاطفية، ولا يجوز أن يتدخل المرشد فيما لا يعنيه بين المسترشدين وأهلهم.
7. الزمن: قد يطول أو يقصر الزمن اللازم للقاء المسترشدين، وهذا متوقف على المشكلة التي يتناولها الإرشاد وطبيعة المسترشدين
8. خصوصيات المرشد: يستحسن أن يبتعد المرشد عن خصوصياته وحياته الخاصة أمام المجموعة.
9. أن يبرمج وقت الجلسة بشكل علمي تربوي اجتماعي.
10. توفير المناخ المناسب للجلسة: ان يتاح المجال للمسترشدين للبوح بكل ما عندهم من مشاكل من خلال إفساح المجال أمامهم في مجالات متعددة مثل: حرية الكلام،تقبل الذات،تعزيز الإرادة، تحويل خبرات المسترشد. (الأصفر، 2005).

ثامناً: عملية الإرشاد النفسي الجماعي:

تبدأ عملية الإرشاد الجماعي بتحديد الأفراد أو الطلاب الذين يناسبهم هذا النوع من الإرشاد، وبعد ذلك يتم عقد لقاءات فردية معهم من أجل معرفة مدى رغبتهم بأن يكون الإرشاد جماعيا أو فرديا، وعند موافقتهم على الإرشاد الجماعي يتم تحديد موعد الجلسة الجماعية الأولى، مع مراعاة ظروفهم وأوقاتهم جميعا.

وعند البدء بالجلسات الإرشادية الجماعية، يقوم المرشد بترتيب الموقف بحيث يقوم أفراد المجموعة بتبادل الخبرات والآراء وبالتعليق على سلوك بعضهم ويساعدهم على استكشاف عوالمهم الذاتية بقصد تحديد الأفكار والمشاعر

والأفعال التي تعوق تحقيق أهدافهم، وفي العادة يكون الأفراد في البداية أميل إلى الدفاع (defense) عن أنفسهم وغير مرتاحين للكشف عن نقائضهم ونقاط ضعفهم ولكنهم يصبحون بشكل تدريجي أكثر موضوعية فيما يتصل بسلوكهم واتجاهاتهم على الآخرين كما أنهم يكتسبون مزيدا من القدرة على التعاطف مع أفراد المجموعة والشعور معهم كما أن ثقتهم بأنفسهم تتزايد نتيجة شعورهم بأنهم قدموا مساعدات للآخرين عن طريق تقديم المساعدات والمشورة لهم.

وسوف نتحدث بالتفصيل عن هذه العملية محاولين الإحاطة بأهم المسائل التي تتضمنها، مستفيدين من خبرة الباحثين في هذا الموضوع، وذلك كالآتي:

1) الجلسات الجماعية Group Sessions:

1. مراحل سير الجلسات الجماعية:

إذا أردنا التكلم عن المراحل التي تمر بها الجلسات الجماعية وما هي التغيرات التي تطرأ عليها في أثناء التقدم في عملية الإرشاد الجماعي، فيمكن أن نحدد ثلاث مراحل تمر بها وهي:

المرحلة الأولى: وتضمن:

1. القلق (anxiety) والدفاعية وتأرجح المشاعر تجاه المرشد.
2. ظهور روح (soul) الجماعة.
3. نمو الثقة بتبادل الخبرات.
4. وضوح أنماط الأفراد.

المرحلة الثانية: وتتضمن:

- تفاعل كل فرد بإيجابية ومشاركة ورؤية نفسه في الآخرين واعترافه بالمشاعر المكبوتة (suppressed).
- ظهور التنافس (competition) في الكشف عن المخاوف والقلق والصراعات (conflict).
- احتمال ظهور عمليات مضادة للعلاج مثل كبش الفداء والاعتماد على الدفاعات".

المرحلة الثالثة: وتتضمن:

- الاستفادة من خبرات الآخرين وتطبيقها على حالة الفرد.
- احتمال حاجة بعض الأفراد لإرشاد نفسي فردي متكامل. (سري، 1990، 132 – 133)

2. **عرض نموذج لأربع جلسات إرشاد جماعية:**

وسنقتصر على عرض نموذج لأربع جلسات جماعية، من أجل توضيح الآلية التي تتم فيها هذه الجلسات والأساليب التي قد تستخدم فيها وهي على النحو التالي:

الجلسة الأولى:

وتتضمن التعارف بين الأعضاء المشاركين، وطرح أولويات المشكلة والتعرف على الأسباب والدوافع المؤدية للمشكلة.

الجلسة الثانية:

استكمال الجلسة الأولى وعرض النتائج المترتبة على التمادي في المشكلة وإعطاء المشاركين واجبا منزليا يتعلق بالمشكلة يمكنهم من الإجابة عليه في المنزل.

الجلسة الثالثة:

ويتم فيها مناقشة الواجب الذي أعطى للمشاركين، ويمكن عرض بعض جوانب المشكلة من خلال مشهد تمثيلي يقوم به المشاركون وبإمكانهم تبادل الأدوار التمثيلية فيه، ويُطلق على هذا النوع بالتمثيل النفسي المسرحي أو تمثيل المشكلات النفسية أو الاجتماعية. ويتيح للمشاركين فرصة التنفيس الانفعالي (passions release) التلقائي والاستبصار الذاتي بمشكلاتهم للكشف عن اتجاهاتهم وصراعاتهم وإحباطاتهم، مما يؤدي في النهاية إلى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الاجتماعية.

الجلسة الرابعة أو الختامية:

تُصاغ فيها التوصيات التي يتفق عليها المشاركون لكي يقوم المرشد بمتابعتها. ويستخدم المرشد بعض الوسائل المناسبة لهذه الجلسات كالتسجيل حتى يتمكن من إعادة التسجيل أو العرض المرئي للمشاركين للاستفادة منه والتعلم، أو اكتساب عادات جديدة في ضوئه. ويقوم المرشد بتدوين هذه الجلسات وما يدور فيها من مناقشات وملاحظات في سجل خاص للقيام بدور المتابعة والتقويم لهذه الجلسات.

المكان الذي تجرى فيه الجلسات الجماعية:

تجرى الجلسات الجماعية في المدرسة أو في مركز ارشادي أو في مكان مخصص لعملية الإرشاد الجماعي، وفي كل الأحوال يتم إعداد حجرات الإرشاد الجماعي بحيث تكون واسعة وتجهيز الأثاث المناسب والأدوات والأجهزة اللازمة حسب أسلوب الإرشاد الجماعي.

2) الجماعة الإرشادية (Counseling Croup):

1. خصائص الجماعة الإرشادية:

يفرق بعض الباحثين بين الجماعة الإرشادية والجماعة العلاجية حيث تضم الأخيرة مضطربين نفسيا، في حين تضم الإرشادية أفرادا اقل اضطرابا أو جماعات سوية، ويحتاج التعامل مع الجماعة العلاجية خبرة وتدريبا أطول من الجماعة الإرشادية، والجماعة هي إما جماعة طبيعية (Nature) قائمة فعلا مثل جماعة طلاب الصف أو جماعة مصطنعة (Artificial) يكونها المرشد بهدف الإرشاد، والجماعة الإرشادية (العلاجية) قد تكون مغلقة فلا يدخلها أعضاء جدد أو مفتوحة فإذا خرج منها أعضاء حل محلهم أعضاء جدد. (سري، 1990، 132)

وفي العادة يتراوح عدد أعضاء الجماعة بين 8 – 12 عضواً، ولكن إذا زاد العدد عن 15 عضواً يكون من الصعب إيجاد جو إرشادي ووقت كاف لكل عضو للعمل معه شخصيا. " لكن هناك بعض الطرق التي لا تحترم هذا الشرط بحيث يصل عدد المرضى أحيانا إلى ستين شخصا ولكن في هذه الحالات يجب أن يزداد عدد المرشدين (المعالجين) المساهمين ". (النابلسي، 1991، 180)

2. تشكيل الجماعة الإرشادية:

يتم تشكيل الجماعة الإرشادية (Counseling Group) في ضوء عدة متغيرات مثل الحجم والسن والذكاء ونوع الأعراض (Symptoms) والجنس، ونشير لكل متغير على حدة:

أ. حجم الجماعة Group Size:

إن الذين يتبعون مناهج العلاج التحليلي يقولون بألا يزيد عدد الجماعة على خمسة أعضاء، حتى يلحظ المرشد كل عضو، بينما فريق آخر من العلماء يحددون بين ستة لثمانية أعضاء، ولكن بشكل عام يمكن أن يزيد عدد أعضاء الجماعة عن ذلك عند توفر عدة شروط منها وجود مكان مناسب، التجانس بين الأعضاء، خبرة المرشد، فالمرشد المبتدئ ينبغي ألا يشكل جماعة بأكثر من ثلاثة أعضاء.

ب. سن الأعضاء Members Age:

يرى بعض المعالجين من أمثال أكسلين (Axline) أنه من الأفضل أن تضم الجماعة أعماراً متفاوتة، فالجماعة تكون طبيعية أكثر من الجماعة التي تقتصر على عمر زمني واحد، وبعضهم الآخر من أمثال ماكلاي (Macly) يؤكد على أهمية التقارب في العمر الزمني وأن لا يزيد التفاوت عن سنة واحدة.

ج. مستويات الذكاء Clever levels:

يؤكد معظم الباحثين على أن تفاوت الذكاء بين الأطفال الصغار في الجماعة لا يشكل خطورة كما هو الحال بالنسبة للبالغين، فالأطفال يعبرون عن مشاكلهم بصورة تخلو من التفاوت الكبير، أما الأطفال المتخلفون عقليا (Retarded) والشواذ (Abnormal) والمنسحبون السلبيون يتجه الرأي أن تشكل لهم جماعات متجانسة.

د. نوعية الأعراض Symptoms Kind:

يتجه بعض المرشدين أصحاب فكرة التجانس من أمثال (ماكلاي) إلى ضرورة تشابه أعراض الجماعة، الأمر الذي يمنع ظهور مشكلات جديدة ناشئة عن اختلاف نمط الشخصيات وأساليب التعبير خلال الجلسة. من ناحية أخرى هناك أطفال تخصص لهم جماعات متجانسة مع أعراضهم فالإحداث الجانحون لينبغي وضعهم مع العصابيين.

ه. جنس الأعضاء Members sex:

يميل غالبية الباحثين أن تكون الجماعات خليطا من الجنسين في مراحل الطفولة، ومن جنس واحد في مرحلة الكمون حيث تكون هناك فروق بين الجنسين في الأنشطة المختلفة، وفي مرحلة المراهقة، ويرى المعالجون أنه من الأفضل عدم تشكيل جماعة من المراهقين تضم الجنسين، لأن التقارب بينهم يثير مشكلات من الصعب مواجهتها فيما بعد. (عبد الفتاح، 1998)

3. المتوقع من اعضاء الجماعة في الإرشاد الجماعي: عدة أمور وهي كالآتي:

أ. الحضور إلى كل جلسة وفي الوقت المحدد.

ب. التحدث عن سبب طلب الإرشاد النفسي.

ج. تحديد أهداف انضمامهم للمجموعة الإرشادية.

د. تقديم المساندة المعنوية والمساعدة للآخرين.

ه. المحافظة على سرية ما يتم مناقشته في أثناء الجلسات.

3) المرشد Counselor:

يؤكد الإرشاد الجماعي على أهمية تبني كل مرشد نظرية (Theory) معينة يرتكز عليها، والمرشد الناجح هو الذي يكون نظريته الخاصة التي يستقيها من مختلف النظريات والتي تتفق مع شخصيته واطلاعه وخبرته، ومن أهم التزامات المرشد التمسك بالميثاق الأخلاقي للمهنة، ويجب أن يكون المرشد النفسي الجماعي مدّرياً في اكثر من مجال مثل طب الأمراض العقلية (Mental Diseases) ،علم النفس،العمل الاجتماعي، الرعاية النفسية،العلاج الأسري والزواجي، وعليه ان يكون محترفاً ومتخصصاً في الإرشاد الجماعي.

1. الخصائص (Characteristics) التي يجب ان يتسم بها المرشد:

"الشجاعة وضرب القدوة والحضور ورعاية الآخرين والإيمان بفاعلية المنهج الجماعي والصراحة وقوة الشخصية والتحمل والخيال وروح الفكاهة والوعي بالذات بالإضافة إلى هذه الخصائص يجب أن يكون خبيرا بالتقنيات وماهرا في القيادة ". (فطيم، 1993، 221).

2. المهارات (Skills) التي يجب ان تتوافر في قائد الجماعة:

1. توجيه الأسئلة: لاستكشاف (Exploration) المواد المتعلقة بالمشكلة المطروحة لدى أعضاء المجموعة.
2. تقديم المعلومات: النافعة والضرورية للعضو في الوقت المناسب، والتأكد من فهمه لها.
3. السلوك غير اللفظي: تحديد السلوك غير اللفظي للمسترشد وتسميته وربطه بمحتوى الجلسة واستخدام ذلك كله للسير بعملية الإرشاد إلى الأمام.
4. وضع الأهداف: مساعدة العضو على وضع أهداف واقعية (Factual) ومعقولة (Reasonable).

5. التطمين والتدعيم (Support): استخدام الدعم النفسي والانفعالي عندما يتضح قلق المسترشد.
6. اختبار صحة الفروض (Suppositions): وضع فروض عن سلوك المسترشد واختبار صحتها عن طريق الحوار (Dialogue) بحيث يتحدد السلوك ويتضح.
7. إعادة الصياغة: تكرار ما يقال ولكن بعبارات مختلفة بحيث يتضح المعنى بدقة.
8. تحديد المشاعر: خلال الجلسة وكيف تؤثر على سلوكه بالسلب أو الإيجاب.
9. المواجهة (Confrontation): الطرح المباشر والصريح للموقف الواقعي الذي يحاول العضو تجنبه.
10. التفسير (Explanation): وصف وصياغة المشكلة التي يعاني منها المريض وتوضيح معانيها الخفية.
11. التلخيص (Summarization): تجميع كل ما قاله العضو بحيث يتم التركيز على جوانبه المهمة في كل جلسة أو في جزء منها.
12. الوصول إلى الخاتمة: دفع النقاش للوصول إلى موقف يحس فيه المريض أنه قد فهم شيئا أو وصل إلى حل أو نهاية. (فطيم، 1993، 135 – 136).

3. الدور (Role) الذي يجب ان يؤديه المرشد:

تقع على المرشد في الإرشاد النفسي الجماعي عدة مسؤوليات تبدأ بمسؤولية تكوين الجماعة الإرشادية وتنتهي بمسؤولية إنهاء الجلسات، وبينها توجد مسؤوليات أخرى، وفي هذا المجال نشير لأهم مسؤوليات المرشد النفسي:

1. التخطيط لتكوين جماعة إرشادية سواء لأغراض البحث العلمي أو كنشاط وظيفي داخل المدرسة أو في مركز إرشادي....الخ
2. تحديد خصائص المجموعة الإرشادية في ضوء متغيرات تشكيل الجماعة كالحجم والذكاء ونوعية المشكلة.......الخ.

3. تحديد الوقت الملائم لتنفيذ الجلسات الإرشادية الجماعية.
4. مساعدة كل عضو من أعضاء الجماعة على وضع أهدافه الفردية، وذلك بالتوضيح لهم كيف تكون أفكارهم ومشاعرهم وأفعالهم مضادة وهازمة لأهدافهم ومساعدتهم باستبدالها بأنواع أخرى أكثر ايجابية.
5. تهيئة الجو المناسب للإرشاد والإصغاء للمسترشدين والاهتمام بمشكلاتهم ومشاركتهم في المناقشة، وإدارة الحوار والتخاطب وتفسير بعض السلوكيات وتقديم التفسيرات بشأنها، وتوجيه بعض الأسئلة إلى أعضاء الجماعة مما يساعدهم على التعبير عن مشاعرهم وتشجيعهم على المناقشة، كما يقوم أيضا بتلخيص الأفكار والآراء التي يتوصل إليها مع الجماعة.
6. يسمح المرشد عادة للأعضاء بتبادل الخبرات والتعليق على سلوك بعضهم ومناقشة مشكلاتهم ومشكلات الأعضاء الآخرين.
7. أن لا يسمح بأن يحتكر أحد أعضاء الجماعة الحديث، ويعطي للجميع فرصة لتبادل الحوار والآراء فيما بينهم، ولا يجبر أحد الأعضاء على الكلام أو البوح بمشكلته عندما لا يريد ذلك.
8. أن يعلن للجماعة أهمية كتمان ما يدور فيها، وتشجيعهم على العمل بجدية وإحساس بالمسئولية والإنصات لبعضهم بعضا، وتطبيق ما تعلموه في الحياة الخارجية.
9. إنهاء الجلسات الإرشادية بعد تنفيذ العملية الإرشادية المخطط لها، وبعد تحقيق الأهداف الإرشادية، ويجب أن يتم إعداد الأعضاء عند قرب نهاية خبرة الجماعة الإرشادية، والتركيز على كيفية تطبيق ما تعلموه داخل الجماعة في حياتهم اليومية ولذلك نحبذ خطة للمتابعة. فعقد جلسة أو جلستين بعد فترة من انتهاء الجماعة توفر فرصة كبيرة لتبادل الخبرات، وفي النهاية يتم كتابة التقرير الختامي.

4. المواقف التي تتطلب تدخل المرشد:

أ. عندما يحدث بطريق مباشر أو غير مباشر أن يكون أحد المسترشدين هو كبش الفداء الذي تفرغ عليه الجماعة مشاعرها وتزيح تهديداتها.

ب. عندما تتلاحق أسئلة ومناقشة الجماعة.

ج. الخروج من المشكلة وسرد قصص ومواقف جانبية لا علاقة لها بالموضوع.

د. عندما تغتاب الجماعة عضوا غير موجود.

ه. عندما يهاجم أحد المسترشدين أفكار الجماعة والعمل الإرشادي.

تاسعاً: حالات استخدام الإرشاد الجماعي:

إن فوائد الإرشاد الجماعي تطال الناس من كل الأعمار ومن الجنسين، ولكن يجب مراعاة نوعية المشكلات والمواقف التي يقدم فيها، بالإضافة لمواقف الفرد على هذا الأسلوب من العلاج، ويمكن أن نحدد حالات استخدام الإرشاد الجماعي وهي:

1. في حالات تقديم النصح للوالدين في كيفية التعامل مع أطفالهم، والابتعاد عن الأساليب الخاطئة في تربيتهم.
2. إرشاد أفراد الأسرة بأكملها، حينما تتفاقم مشكلاتها مثل مشكلات التفكك الأسري الناجم عن انفصال الزوجين أو طلاقهما وحالات الشجار بينهما.
3. معاناة الناس من صعوبات ومشاكل شخصية في العلاقات سواء في علاقات العمل أو العلاقات الزوجية.
4. حالات الشذوذ والانحراف.
5. حالات الإرشاد المهني والتربوي، والمشكلات المهنية وتحقيق التوافق بين الشخص ومهنته مما يوثق العلاقة في ميادين الإنتاج كافة.
6. علاج حالات الانطواء والانعزال وفقدان الثقة بالنفس من أجل إكسابهم المهارات الاجتماعية لحل مشكلاتهم.

7. في حالات الاكتئاب (Depression) والقلق (Anxiety) البسيط.
8. المشكلات النفسية التي تنتج من الإصابة بمرض عضوي.
9. علاج حالات الإدمان والتدخين، وأمراض الكلام، وجنوح الأحداث.
10. اضطراب ما بعد الصدمة في الكوارث والحروب.
11. حالات سوء التوافق المدرسي والتأخر الدراسي وتكرار الرسوب والغياب والتسرب واضطراب العادات الدراسية وصعوبات وبطء التعلم.
12. حالات الانطواء على الذات والشعور بالنقص.

وبذلك نرى أن الإرشاد الجماعي يعالج مشكلات جماعات الأطفال والشباب والراشدين والشيوخ. ولكننا نرى أن هناك عدة حالات لا نستطيع فيها استخدام الإرشاد الجماعي ويكون الإرشاد الفردي هو الأسلوب الأنسب لهذه الحالات ومن أهمها:

1. إذا تطلبت حالة المسترشد انتباهاً وتركيزاً شديداً.
2. عندما يرفض المسترشد الجماعة لأن مشكلته على درجة من الخصوصية.
3. إذا كان المسترشد في حالة تتطلب التدخل السريع كما في حالات الهستريا.
4. "ولا يستخدم الإرشاد الجماعي مع الشخصيات السيكوباتية، والنرجسية، ومع المصابين بمرض الذهان أو الفصام أو البارانويا، والذين لديهم حساسية لتوترات واضطرابات الآخرين." (سري، 1990، 132)
5. حالات الهوس الشديد، وحالات الضعف العقلي الشديد.
6. في الحالات المتقدمة من الفوبيا الاجتماعية، حيث لا يستطيع المريض أن يتفاعل مع أعضاء المجموعة.

عاشراً: دور المرشد في الإرشاد الجماعي:

يبرز دور المرشد النفسي في عملية الإرشاد الجماعي بشكل واضح، حيث يبدأ تأثيره من تكوين الجماعة والإجراءات التي يأخذها في اختيار أعضائها، ويأخذ على نفسه فعاليات القيادة وتوجيه المناقشات وينجز أغراض الإرشاد عن طريق التفاعل بينه وبين المسترشدين، وهذا ما يؤدي إلى خفض مظاهر القلق لدى المسترشدين والى شعورهم بالطمأنينة، والمرشد الجيد هو الذي يحدد الهدف من الجلسة، ويهيئ جواً إرشاديا يسوده الحب والتقبل والألفة، فالمرشد هنا يشجع المناقشة ويحث كل فرد في الجماعة على التعليق على مشكلات الآخرين، كما يقوم بتعليم أعضاء الجماعة كيفية تقديم العون للآخرين.

كما يقوم المرشد بمساعدة المسترشدين على تكوين علاقات وثيقة بينهم لتهيئة جو إرشادي داخل المجموعة يتصف بالثقة المتبادلة. ويرى (روجرز) أن على المرشد أن يكون منتبها لكل ما يصدر عن كل عضو من أعضاء المجموعة مع محاولة تهيئة جو مريح نفسيا يسوده القبول والتقبل والتشجيع لكل عضو داخل المجموعة الإرشادية مع قبول كل ما يصدر عن المجموعة إذا كان ذلك بناء على رغبتها. (العيسوي، 1990). وفي بعض الأحيان تكون الجماعة أقرب إلى ضعف الاستقرار والتفاعل بين أعضائها، مما يوجب على المرشد التدخل المنظم واتخاذ إجراءات تأخذ بعين الاعتبار حاجات أعضاء الجماعة، كما يقدم التغذية الراجعة لسلوك أعضاء الجماعة وتشجيعهم على تبادل التغذية الراجعة الفعّالة لأنها تساعد على تهيئة فرص تعلم أكثر للأعضاء. كما تحتل شخصية المرشد مكانة هامة في سير العملية الإرشادية، فقد يغلب في سلوك المرشد سلوك التجنب أو الانسحاب حين يقتضي الأمر التدخل ومواجهة مواقف الجماعة وما انتهت إليه من مناقشات، ولهذا وغيره يقتضي تأهيل المرشدين وتدريبهم بشكل مستمر لرفع مستوى أدائهم وقدرتهم على التعامل مع المواقف المختلفة والطارئة التي يمكن أن تعترضهم في عملية الإرشاد.

يعتبر المرشد النفسي مسؤولا عن عملية الإرشاد، وعن تهيئة الجو الإرشادي المناسب، ويقوم بدوره من داخل الجماعة، ويفضل بعضهم أن يتم الإرشاد بطريقة غير مباشرة أو غير موجهة، بينما بعض المرشدين يميلون إلى استخدام طريقة الإرشاد المباشر. والأفضل أن يكون لدى المرشد اتجاه خياري بالنسبة لطرق الإرشاد، كما يجب أن يقوم المرشد بإجراء مقابلة شخصية فردية مع كل عميل من اجل التشخيص وإعداده قبل انضمامه إلى الجماعة ويجب تهيئة العميل بتعريفه بفائدة الانضمام إلى الجماعة، بحيث يشعر بالثقة في رفاقه أعضاء الجماعة ويشعر بالراحة ويتحمل ضغط الجماعة وكذلك تعريفه انه يستطيع ترك الجماعة والتحول إلى الإرشاد الفردي في أي وقت يشاء. وأما عن إعداد المركز للإرشاد الجماعي فيكون بإعداد حجرات متسعة يكون فيها أثاث مناسب والأدوات المطلوبة حسب أسلوب الإرشاد الجماعي المستخدم مثل إعداد مكان كمسرح في حالة استخدام أسلوب التمثيل المسرحي. (العيسوي، 1990).



حادي عشر: أهم الأساليب والتقنيات المستخدمة في الإرشاد الجماعي:

1) **الإرشاد باللعب:**

يستخدم هذا النوع من الإرشاد باعتباره طريقة مألوفة وتلقائية عند الأطفال، يعبرون من خلاله عن أفكارهم ومشاعرهم، ويتمكن المرشد من خلال لعب الأطفال بحث أية مشكلة معهم، ونعلم جميعاً أهمية اللعب بالنسبة للأطفال، فهو يعتبر حاجة نفسية من الحاجات المهمة في مرحلة الطفولة بشكل خاص، والأطفال

في أثناء اللعب يمكن أن يكشفوا عن انفعالاتهم المختلفة، ومشاكلهم الدفينة التي لا يستطيعون التعبير عنها في غير أوقات اللعب. وكذلك يُكسب الإرشاد الجماعي الطفل الشجاعة في القيام بالعديد من الأعمال التي هو في العادة يبتعد عنها وتنتابه حالات خوف منها، فعندما يقوم طفل في المجموعة مثلاً بلمس بعض الحيوانات الأليفة التي تعتبر مدعاة للخوف عند بعض الأطفال، فإن ذلك تشجيع للأطفال الذين قد يشعرون بالخجل من الخوف منها أمام زملائهم، فيندفعون نحوها ويتعرفون عليها ويمتلكون خبرة بأن هذه الأشياء لا تشكل مصدر خطر بالنسبة لهم، ولكن في مجتمعنا هناك اتجاه سلبي كبير نحو اللعب وتقليل من قدره، فكم من أم تحبس طفلها لكي لا تراه يجري ويلعب في أرجاء المنزل، وعندما يريد الأطفال أن يلعبوا خارج البيت فقد لا يستطيعون ذلك إلا في الحارات الضيقة والشوارع الخطرة، وهذا كله يؤدي لكبت مشاعر الطفل وظهور مشكلات وأخطار يعاني منها الأطفال.

كان روسو (Roso) أول من نادى باستخدام اللعب لفهم الأطفال وتربيتهم وذلك في القرن الثامن عشر، وقد قامت نظريات عديدة منذ ذلك الوقت لتفسير لعب الأطفال ومدى فائدته لهم، وقد أكدت هذه النظريات عموما على أهمية اللعب في حياة الطفل واعتبرته وسيلة طبيعية للتعلم والتخلص من التوترات النفسية والجسدية الزائدة، كما اعتبرته وبطرق مختلفة حياة متكاملة بذاتها للطفل.

استخدم فرويد الإرشاد باللعب لأول مرة مع ابن صديق له كان يخاف من الخيول، إذ قام هانز بتمثيل دور الحصان في لعبه لمرات عديدة وبعد ذلك تخلص من مخاوفه من الخيول.

وكانت هرمين هلموث (Hermine Hellmuth) أول من استخدم الإرشاد الموجه باللعب مع الأطفال المضطربين انفعاليا بغرض ملاحظتهم.

ثم استخدمت ميلاني كلاين (Melanie Klein) التحليل النفسي في الإرشاد باللعب لأول مرة عام 1937، حيث رأت أن الأهمية الأساسية في المعنى الرمزي للعب الطفل، هذا اللعب الذي يعكس صراعات الطفل اللاشعورية وتخيلاته وأحلامه ويطلق العنان لشعوره المتراكم بالتوتر والصد والتحرر من مشاعر العداء والإحساس بالخوف، كما استخدمت اللعب الحر أو التلقائي (Free Play) كبديل عن التداعي الحر (Free Assocition) الذي يستعمل مع الراشدين.

أما آنا فرويد فقد اعتبرت أن عمل المرشد في حال الأطفال يجب أن يكون تعليميا، لذا يجب أن يحصل المرشد على ثقة الطفل ومحبته، فاللعب من وجهة نظرها لا يشترط أن يكون رمزا لشيء ما وإذا كان كذلك فلا بد أن تعززه أدلة عما يحيط بموقف الطفل في البيت وعن خبراته وآماله ومخاوفه التي لا يستطيع المعالج الحصول عليها إلا بالتآلف مع الطفل واكتساب ثقته.

"أما العالم النفسي أكسلين (Axline) فقد طور عام1947 طريقة من طرق الإرشاد باللعب غير الموجه (Nondirective Play) استنادا إلى أن أصل تغير الشخصية إنما يكمن في الفرد نفسه وليس في المرشد، وافترض أن الطفل يتجه نحو تحقيق ذاته ويصبح سلوكه تكيفياً وتتعدل شخصيته بحيث يصبح قادرا على مواجهة مشكلاته بفعالية". (عبد الله، 2001، 353)

ويرى بعضهم أن اللعب يعتمد على أساس غريزي، ويضمن لنا سير السلوك في طريقة السوي، ويعتبره آخرون نشاطاً دفاعياً تعويضياً، ويراه بعضهم الآخر تعبيراً عن متاعب الأطفال. وبكل الأحوال يمكن استخدام اللعب أساسا كأسلوب تشخيصي وإرشادي مع الأطفال الصغار.

ويعّرف الإرشاد النفسي الجماعي اللعب:

بأنه إرشاد يقدم لعدد محدود من الأطفال في وقت واحد وينشد تحقيق أهداف جماعية، وعادة ما يختلف أسلوب العمل باختلاف المرشدين واختلاف نظرياتهم ومناهجهم ومذاهبهم العلمية. (عبد الفتاح، 6،1998)

ويغلب أن تضم جماعة الأطفال عددا لا يتجاوز العشرة ويكونوا من أعمار متقاربة، وتمتد الجلسة من ساعة إلى ساعتين، وفي اللعب تتاح لكل طفل فرصة ليحقق واقعيا ما تنطوي عليه

من مشاعر ورغبات وأفكار، حيث يُسقط الطفل ما يعانيه على الدُمى، أو على الأدوات المخصصة للعب، أو حتى على رفاقه، فالقصص التي يسردها الطفل، مثلاً: في أثناء لعبه مع أصدقائه قد تكون أحياناً واقعاً يعيشه الطفل أو تعبيرا عن علاقته بوالديه، أو أخوته، أو معلميه، ومن طبيعة الطفل العشوائية عدم التصنع، وتزيد هذه العفوية عندما يندمج الطفل في اللعب لأنه يقوم به دون تخطيط مسبق، وهذه فرصة ليلاحظهم المعالج ويدقق في أشكال سلوكهم ويصل إلى تشخيص مناسب لحالة كل منهم وإلى تخطيط مناسب لمعالجتهم معا حيث تغدو الألعاب موجهة بغرض توفير المعالجة أي توفير الفرصة ليتغلب الطفل تدريجيا على صعوباته عن طريق التنفيس والتحقيق الواقعي لرغبات دفينة تضايقه.

وأصبح استخدام الإرشاد باللعب ضرورة تفرضها اعتبارات هامة:

1. أن الأطفال لا يتكلمون بسهولة ووضوح عن مشكلاتهم الدفينة.
2. أن بعض الأطفال من الصعب كسب ثقتهم والجماعة تلعب دور الوسيط بينهم وبين المعالج.
3. أن الجماعة تنمي وتعمق زيادة وعي الطفل بذاته وبسلوكه وسط الجماعة.
4. الجلسة الجماعية تتيح للتعبير الصادق أن ينتقل من طفل لآخر.

5. بعض الاضطرابات لا ترجع إلى أسباب انفعالية عميقة إنما ترجع إلى جفوة بين الطفل والكبار، تجعله يلجأ إلى المقاومة.
6. أن الأطفال في الجماعة أحيانا ما يكتسبون الشجاعة في القيام بعمل هم في العادة يبتعدون عنه.
7. إن بعض الأمهات القلقات المبالغات في رعاية الطفل يستطعن الانفصال عن الطفل إذا ما وجدن أنفسهن بصحبة أمهات أخريات يجلسن في قاعة الانتظار. (عبد الفتاح، 1998)

مجالات استخدام الإرشاد باللعب:

اعتبر أكسلين أن الإرشاد الجماعي باللعب ضروري لحالات معينة من الاضطرابات نذكر منها فيما يلي:

1. الشخصيات الإنسحابية Isolation Personality: تكون لديهم ميول انطوائية حيث يبتعدون عن الاختلاط بالأطفال الآخرين، ويتهربون من مواجهة بعض المواقف المدرسية، مثلاً: عدم القدرة على قول الإجابة رغم امتلاكهم للمعلومات الصحيحة أحياناً، وكذلك عدم قدرتهم على رفع رؤوسهم أمام المعلم أو الزملاء.
2. الأطفال الذين يدعون مهارات وهمية Unreal Skills: حيث يمر بعض الأطفال بمرحلة يقوى فيها توهمهم بأنهم يمتلكون قدرات خارقة ومهارات كبيرة – لا نقصد بهذا الخيال الذي يمر به كل طفل – مما يؤدي إلى تضخم الذات عندهم والقيام بأعمال لا تتناسب مع قدراتهم العقلية والجسمية، وقد يعمد بعضهم إلى كثرة المحافظة والدقة والنظام الصارم كدليل على أنه يمتلك بعد نظر وقدرة على وزن بعض الأمور والتنبؤ بها قبل وقوعها، لتوهمهم امتلاكهم قدرات خارقة.
3. النماذج العدوانية Aggression Specimens: الذين يحبذون القسوة والصراع والتخريب وهذا السلوك يكون مصاحباً لهم في المنزل ومع أطفال

الجيران وفي المدرسة، والكثير من السلوكيات العدوانية، مثل العض أو الضرب قد تكون في أصلها رغبة لا شعورية في الانتقام من الآباء أو المعلمين.

4. الأطفال الذين يعانون مخاوف شاذة.
5. الأولاد المخنثون (Effeminate).
6. الأطفال ذوو العادات السيئة.
7. الشخصيات غير الناضجة.
8. الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في الكلام. (عبد الفتاح، 1998)

وهناك بعض الحالات التي لا تناسب هذا الإرشاد بحكم ظروفها ونوعية اضطرابها ومن أهمها:

1. حالات الكراهية الشديدة للأخوة: عندما لا يكون هناك توافق بين الأخوة فلا يمكن أن نضعهما في نفس جماعة العلاج باللعب، فقد يكون أحدهما ابن مدلل والآخر مرفوض فوجودهما معا يشكل خطراً، فقد يفشي الطفل المدلل أسرار أخيه أو نشاطه داخل حجرة اللعب.
2. الأطفال الذين يبدون اتجاهات سيكوباتية.
3. الأطفال ذوو الاتجاهات الجنسية المتزايدة والجنسية الشاذة.
4. حالات السرقة المتكررة.
5. حالات العدوان المفرط.
6. حالات التعرض لمواقف صادمة. (عبد الفتاح، 1998)

ويتّبع المرشد إحدى الطرق الآتية في الإرشاد باللعب:

اللعب الحر Free Play:

وهو غير محدد وتترك فيه الحرية للطفل لاختيار اللعب وإعداد مسرح الطفل بما يشاء وبالطريقة التي يراها دون تهديد أو لوم أو عقاب، وقد يشارك المرشد في اللعب وربما لا يشارك وذلك حسب رغبة الطفل.



اللعب الموجه Direct play:

هو لعب موجه مخطط، وفيه يحدد المرشد مسرح اللعب ويختار أدوات اللعب بما يتناسب مع عمر الطفل ومشكلته، ثم يترك الطفل يلعب في جو من العطف والتقبل وغالبا ما يشارك المعالج في اللعب وهو يفعل ذلك ليعكس مشاعر الطفل ويوضحها له حتى يدرك نفسه ويحدد إمكاناته ويصبح بالتدريج قادرا على أن يفهم ويحقق ذاته وأن يفكر بنفسه ويتخذ قراراته دون الاعتماد على المرشد.

ويتم الإعداد لجلسات الإرشاد باللعب وفق ما يلي:

أ. تشكيل الجماعة الإرشادية:

هذا الأمر يرجع إلى ذكاء المرشد وخبرته والمنهج الإرشادي الذي يتبعه كل مرشد، فهناك من يميل إلى إتباع أسلوب التجانس بين أعضاء الجماعة من حيث الجنس والسن والذكاء والأعراض ومنهم ما يخرج على هذا الأسلوب. ويشكل الجماعة بصورة تشبه الجو المدرسي أو جماعة النادي لأنه يعتبر أن عدم التجانس يحقق أهدافا علاجية كبيرة، ومن الممكن أن تتشكل الجماعة بصورة مبدئية من أعضاء معينين وتظل بعد ذلك مفتوحة تسمح بدخول أعضاء آخرين في أوقات مناسبة حيث يعمل الأطفال الذي سبق لهم حضور الجلسات على التخفيف من

خوف القادم الجديد، بينما الاتجاه الذي يميل إليه سلافسون هو عدم السماح لأعضاء جدد بالدخول لأن الأطفال القدامى يكونون قد ألفوا بعضهم وقد يضطربون عندما ينضم أعضاء جدد في الجماعة، وكذلك يرفض الباحثون وضع أطفال لهم صلات ببعضهم في جماعة إرشادية واحدة، فزملاء الصف يحسن وضعهم في جماعات منفصلة حيث إن ظهور الأفراد القدامى أحيانا يجمد الشخص في أساليب سلوكية قديمة، وهذا يعوق عملية بناء اتجاهات جديدة وكذلك الأمر بالنسبة للأخوة. (عبد الفتاح، 1998)

ب. أدوات اللعب Play Tools:

الألعاب التي أثبتت فعاليتها في الإرشاد هي المتنوعة من حيث الشكل والحجم والموضوع، وتمثل الأشخاص والأشياء الهامة في حياة الطفل، ويجب مراعاة أن تكون غير قابلة للكسر وألا تكون غالية الثمن، **والآن سوف نناقش بصورة عملية أهم الأدوات التي تزود بها قاعة العلاج:**

1. منزل الدمى House Doll:

هذا المنزل ضروري بالنسبة لصغار الأطفال بحيث يجهز بدمى من المطاط تمثل الرجال والنساء والأطفال والرضع، وأهمية أن تكون من المطاط حتى تخضع للمعالجة اليدوية من قبل الطفل فهذه المعالجة تساعد على فهم مشكلات الطفل، ومن الشخصيات التي يحبها الطفل، حتى ترتيب الدمى للنوم له دلالة خاصة للمعالج كأن يضع الطفل الدمية التي تمثل الرضيع مع الدمية التي تمثل الأم في فراش واحد أو يضع الدمى التي تمثل الأخوة في فراش واحد بينما يلقي بالدمية التي تمثله بعيدا عن منزل الدمى.

2. أدوات التسلق Climbing Tools:

عادة ما يعيق الآباء القلقون على أطفالهم رغبات هؤلاء الأطفال في الحركة بحرية من الجري والقفز والتسلق، فمن أدوات التسلق بيت مصنوع من قوائم خشبية طويلة يتسلقه الطفل ويلف حوله ويدخل فيه وأهمية هذه الحجرة أنها تدفع الطفل لاختبار نفسه بالنسبة للارتفاع وممارسة الخوف والتحدي ونمو السيطرة الذاتية.

3. الدمى التي تمثل الحيوانات Animals Doll:

وهذه الدمى مهمة، لأنه من الصعب في بداية العلاج أن يعبر بعض الأطفال عن مشاعر العدوان تجاه الناس حتى بالدمى ونجدهم عوضا عن ذلك يعبرون عن عدوانهم تجاه الحيوانات، وهذا يساعدهم على التنفيس بشكل غير مباشر.

4. إناء الماء Water Vessel:

يعتبر الماء أكثر المواد الإرشادية فاعلية، حيث إنه يمكن الطفل من أن يخبر معنى الإنجاز فهو لا يتطلب مهارات معينة، حيث يصرف فيه الصغار الساعات وهم يضربون بأيديهم وينفخون الفقاعات ويغتسلون فيه كما يلعبون فيه بألعاب قابلة للغطس.

5. إناء الرمل Sand Vessel:

وهو كالماء عرضة للتشكل البنائي أو الهدم وهو يتحول إلى أي شيء وفق لمزاج الطفل، ولابد أن يحتوي أدوات مثل الجاروف والدلو والمنخل والقمع.

6. أدوات الماء والرسم بالزيت:

هذا النوع من اللعب يسمح للأطفال وخاصة المضبوطين بشدة من جانب آبائهم بالتعبير الانفعالي الحر. ولا يستطيع الأطفال الذين يتميزون بالعدوان والنشاط الزائد استخدام الرسم، لان هذا يزيد التوتر والنشاط وبالنسبة لهؤلاء الأطفال يقدم الطباشير والأقلام الملونة إذ أن استخدامها يتطلب تركيز الانتباه.

7. أصابع الرسم Drawing Fingers:

تعتبر أصابع الرسم وسيلة لإشباع رغبات الأطفال، حيث تسمح لهم بترجمة مشاعرهم بسهولة في اللون والحركة، وانطلاق الخيال لدى الأطفال المكبوتين، ولكن هذا النوع من اللعب لا يناسب الأطفال الذين لديهم نشاط زائد.

8. الصلصال:

وهي مادة تساعد على الابتكار ومن خلال الصلصال يعبر الأطفال عن كيفية إدراكهم للآباء والأخوة وإدراكهم للفروق الجنسية، ومن خلالها يستطيع الأطفال الحصول على التقدير وبالتالي يحسن من نظرته لنفسه.

9. المكعبات الخشبية:

عن طريق بناء المكعبات وهدمها يتدرب الطفل العدواني على تصريف انفعالاته المكظومة في مخارج آمنة، والمكعبات تمكن الطفل من الحصول على الرضا في عملية الخلق.

10. ألعاب العنف Violence Toes:

مثل البنادق ومسدسات الصوت ولعبة التنشين، وبعض المرشدين يعترضون عليها، وبعضهم الآخر يرى ضرورة وجودها بشرط أن يختارها المرشد بدقة وألا تكون بينها أسلحة حادة وهؤلاء يبررون وجودها بأنها وسيلة للتعبير على العدوان ولها وظيفة هامة في الإرشاد.

ونشير هنا أن لكل عمر زمني ما يناسبه من ألعاب عند الطفل، فقد بينت بحوث ليبو ودرفمان وجينوت أنه من الأفضل أن يقدم لكل عمر ما يناسبه من ألعاب، ولذلك يقسم الأطفال إلى مرحلتين: المرحلة الأولى من ثلاث سنوات إلى تسع سنوات والمرحلة الثانية من سن تسع سنوات إلى ثلاث عشرة سنة (عبد الفتاح، 1998)

المرحلة الأولى:

تستخدم أدوات اللعب الدقيقة الحجم واللينة والمرنة كالصلصال والدمى والرسم والماء والرمل، حيث يستخدمها الطفل دون الحاجة لأدوات معينة وهذه الألعاب تساعد الطفل على التعبير عن دوافعه المكبوتة والتسامي بها، ومعرفة المشاكل الأسرية التي يعاني منها وحل هذه المشاكل.

المرحلة الثانية:

أن هؤلاء الأطفال يكونون قد تخطوا العمر الذي يناسبه الإرشاد باللعب، كذلك فهم مازالوا صغاراً بالنسبة للعلاج بالمقابلة، ويميل المرشدون عند التعامل مع المكفوفين من هذا العمر إلى دفعهم نحو أشكال نشيطة قوية من التعبيرات، وبالنسبة للأطفال الذين يتصفون بالنشاط الزائد والعدوان والسيطرة والتمرد يتم دفعهم لتعبير هادف محدد له أشكال منظمة.

ج. حجرة اللعب Play Room:

ينبغي أن تكون قاعة اللعب متوسطة الاتساع، حيث إن المكان الضيق يؤدي إلى تقارب شديد بين الأطفال وبينهم وبين المرشد، مما يؤدي إلى التوتر والإحباط، لأن التقارب المكاني يولد العدوان عند بعض الأطفال والانسحاب عند بعضهم الآخر، ومن الناحية الأخرى فإن القاعة الشديدة الاتساع تجعل بعض الأطفال يجرون في أنحائها والأطفال الانسحابيون يتجنبون الاتصال بالمعالج وباقي الأطفال، وعادة

تجهز القاعة بسقف عازل للصوت من أجل حفظ السرية لما يقوله الأطفال، ومن أجل أن تمنع الأصوات الصادرة منها تعطيل باقي أنشطة المؤسسة التي يجري فيها الإرشاد الجماعي، ولا بد أن تكون الإضاءة جيدة وأن تكون النوافذ صغيرة خالية من الزجاج وأن تكون الجدران قابلة للطلاء دوما، والأرض عازلة للمياه ولا يستخدم في طلائها الشمع، أما الأثاث فينبغي أن يكون من النوع المتين والبسيط حتى يتحمل الأيادي الخشنة والاستخدام العنيف، وعادة ما تزود الغرفة بمنضدتين احداهما مستطيلة ومنخفضة قد توضع عليها الدمى المختلفة والأخرى مستديرة تتسع لحوالي خمسة أطفال تستخدم للتلوين واللعب بالصلصال، وبالإضافة لذلك تزود القاعة بسبورة ملونة طويلة الحجم وطباشير، ومن الأهمية أن تكون القاعة نظيفة ومرتبة ومريحة عندما يدخل إليها الأطفال، وأن نشعر الطفل بأن هذا المكان على درجة لا بأس بها من النظام.

دور المرشد النفسي الجماعي في الإرشاد باللعب:

على المرشد أن يحدد دوره منذ البداية وأن يكون واضحا بالنسبة له وبالنسبة للأطفال، حيث إن المعالج قد يواجه مواقف كثيرة، لذلك كانت مسألة الدور هامة وحيوية في إقامة العلاقة الإرشادية، فالعلاقة بين المرشد والطفل في جلسة الإرشاد باللعب يجب أن تقوم على أساس الاحترام المتبادل دون أن يتخلى المرشد عن دوره الإرشادي الناضج، فليس من المستحب أن يشترك المرشد مع الأطفال في الألعاب بالقيام بدور الزميل أو الوالد فهذا قد يؤخر العملية الإرشادية ولا يشعر الطفل أن الجلسة ملكه أو من حقه.

ويمكن أن نحدد دور المرشد بالنقاط التالية:

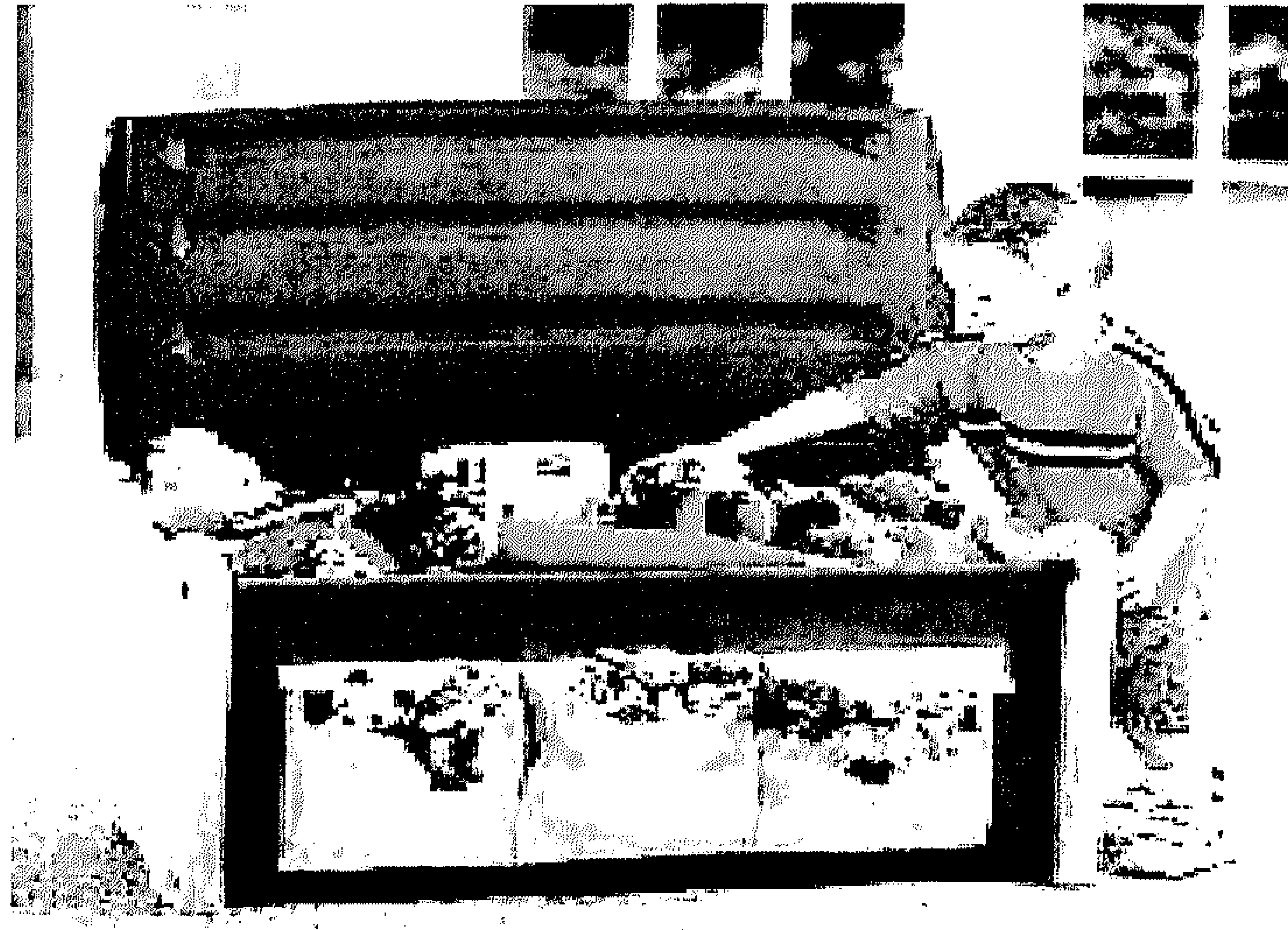
1. إعطاء الآباء شرحا بسيطا عن كيفية سير جلسة الإرشاد، وتدريب الأمهات على عملية الاستقلال عن الطفل ودون إشعار الأطفال بأنهم افتقدوا أمهاتهم خلال الجلسة.

2. تقبل مقاومة الطفل في بداية الجلسات مثل البكاء ونوبات الغضب والسعال المتواصل والرغبة المستمرة لدخول دورة المياه، وهنا يعبر المرشد عن مشاعر الأطفال المنطوية على الغضب والوحدة والخوف ويردد تقديره لموقفهم ويطمئنهم بأن الجلسة لها وقت محدد وهنا يجب على المرشد أن يتحلى بالصبر والهدوء.
3. تشجيع الأطفال المنطوين بإطلاعهم على نواحي النشاط المختلفة دون تدخل أو فرض نشاطات معينة عليهم.
4. بناء علاقة طيبة مع الأطفال، لا عن طريق العبارات الطنانة، وإنما بسلوكه الذي يتسم بالقبول والتفهم لما يصدر عن الطفل.
5. الابتعاد عن استخدام بعض الألفاظ التي تثير التخوف من جانب الطفل غير الواثق مثل " سوف أساعدك " فالطفل لا يثق في الشخص الغريب بسهولة.
6. الحرص على عدم استخدام ألفاظ التصديق والموافقة والاتهام والقذف والألفاظ النابية، بل لا بد للمرشد أن يعكس مشاعر الطفل فعليه أن يعيد نفس الرموز التي استخدمها الطفل.
7. ينبغي أن يتحلى المرشد بالبساطة في الحديث والملبس، ولا يدخل في نقاش عن تاريخ حياته ولا ينشغل بالتدخين وأن تكون ردود فعله مختصرة وعامة وصادقة، وعلى المرشد أن يراعي نظافة ونظام غرفة اللعب فهي العالم الصغير الجميل بالنسبة للأطفال. (عبد الفتاح، 1998)

ومن فوائد الإرشاد باللعب نذكر:

1. أنه وسيلة مفيدة لتشخيص وعلاج المشكلات النفسية خصوصا لدى الأطفال.
2. يفيد في توسيع دائرة العلاقات الاجتماعية ويقضي على العزلة بما لا يتيح للمسترشد التعمق والتفكير في مواقفه المقلقة المسببة له المرض والاضطراب النفسي.
3. يتعلّم الطفل كيفية التعامل مع الآخرين وما يعهد إليه من أدوار.
4. يتيح فرصة التعبير عن الدوافع والرغبات والاتجاهات والمشاعر والإحباطات.

5. يتيح اللعب ظهور بعض مواهب الطفل وقدراته مما يزيد من ثقته بنفسه.
6. يفيد اللعب في الأغراض الوقائية في وقايته من ردود الفعل عندما يفاجأ بميلاد طفل جديد والذي يكسبه الغيرة والعدوان. (جبل، 2000)
7. عن طريق الإرشاد باللعب يشعر الأطفال بالراحة الكاملة في التعبير عن أنفسهم بصورة كافية وبطرقهم وأساليبهم الخاصة بهم كأطفال حتى يتمكنوا من أن يحققوا إحساسهم بالأمن والكفاية (Adequacy) والجدارة (Worthiness) من خلال الاستبصار الانفعالي. (موستاكس، 1974، 23)



وتتوقف قيمة اللعب وأدواته على مدى مساهمتها في تحقيق العمليات الدينامية المساعدة على الإرشاد ومن أهمها:

1. تسهيل إقامة علاقة إرشادية مع الطفل:

من الممكن إقامة علاقة إرشادية مرنة والاحتفاظ بها إذا فهم المعالج معنى ألعاب الطفل دون أن يسأل عن مقصد الطفل مما يقوم به من نشاط لان سؤاله قد يؤدي إلى مقاومته وصمت من جانب الطفل، وتعتبر الدمى التي تمثل الأسرة عوامل مساعدة في فهم الطفل وفي إقامة علاقة إرشادية معه، ولعبة السلم والثعبان ولعبة الضامة تساعد الطفل الخائف على الدخول في علاقات ودية مع الآخرين، وبعض

المرشدين يرى أنه من الضروري معرفة تاريخ حياة كل طفل حتى تزود الغرفة بالأدوات التي منعت عنه في الماضي، وليس من الأفضل أن تزود الغرفة بالعديد من الأدوات حتى لا يتشتت انتباه الطفل نحوها وينصرف عن التفاعل مع باقي الأطفال.

2. إثارة وتشجيع التفريغ الانفعالي (Emotion Release):

لا تساعد كل أدوات اللعب على إخراج ما عند الطفل من مشاعر، فبعضها يشجع على التعبير عن احتياجاته ومشكلاته وبعضها يعوق التعبير، ويعتبر الرسم والتلوين من الأنشطة التي تساعد على إثارة مجموعة من المشاعر، حيث تتوالى سلسلة من الانفعالات تبدأ بالشكوى والاعتذار والحذر والاحتجاج ويؤدي أيضا إلى إخراج المزيد من هذه المشاعر تزويد الحجرة بحوض صغير من الماء.

3. المساعدة في تنمية الاستبصار (Insight):

يساعد اللعب على تسهيل عملية التفسير التي تؤدي بدورها إلى زيادة وعي الأطفال بأنفسهم وبعلاقاتهم مع الأشخاص الهامين في حياتهم وهذا الوعي يساهم في اكتساب الاستبصار.

4. إتاحة الفرصة لاختبار الواقع:

يختبر الطفل الواقع من بداية الجلسة إلى آخرها فهو يختبر المرشد واستجابات زملائه، ويختبر أدوات اللعب. لذلك ينبغي أن يكون الجو السائد في حجرة اللعب إرشادياً فيما يختص بالعلاقات الإنسانية وأدوات اللعب، ومن هنا نشأت أهمية إعداد الغرفة بأدوات بسيطة تتيح للطفل التعامل معها وبحيث يمنع بساطتها الإحباط الذي يصدم الطفل إذا فشل في استخدامها، وكل هذا يدعو إلى استخدام أدوات متدرجة في الصعوبة وتساعد على استكشاف الذات والآخرين.

5. تهيئة الظروف المساعدة على التسامي (Sublimation):

من المفيد إتاحة الفرصة للأطفال للاستمتاع باللعب الذي منعوا منه بطرق مقبولة وبديلة، وفي هذا المجال يعتبر الماء والرمل والألوان والصلصال وسائل ممتازة لإعلاء الدوافع المتعددة عند الأطفال.

وبشكل عام ينبغي أن يجد كل طفل الفرصة ليعبر عن حاجاته بصورة رمزية في عدة طرق طبقا لتغير طاقاته، ولذلك من الأفضل أن تجهز الحجرة أيضا بأدوات من شأنها أن تسمح بنمو الكفاءة في التعبير عن الذات.

2) التمثيل النفسي المسرحي (السيكودراما) (Psychodrama):

إن السيكودراما طريقة في الإرشاد النفسي تستخدم التكنيكات الدرامية والتقنيات المسرحية، وهي تستخدم المسرح كوسيلة تربوية، وتعني حرفيا " الدراما النفسية "وقد طور هذه الطريقة العالم النفسي الروماني مورينو (Moreno)، والتي يقوم فيها المسترشد بتمثيل أدوار، قد تتعلق بالماضي أو بالحاضر أو مواقف حياتية مستقبلية متوقعة.

وتعرّف السيكودراما أو التمثيلية النفسية: بأنها تصوير تمثيلي مسرحي لمشكلات نفسية في شكل تعبير حر في موقف جماعي يتيح فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي والاستبصار الذاتي. ويرى مورينو أن أهم ما في التمثيل النفسي المسرحي حرية السلوك لدى الممثلين (المسترشدين) وتلقائيتهم حين يعبرون عن اتجاهاتهم ودوافعهم وصراعاتهم واحباطاتهم بما يؤدي في النهاية إلى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الجماعية (سري، 1990، 133).



ويعتقد مورينو في تفوق القيمة الإرشادية لتمثيل مشكلات الفرد، إذا ما قورنت بالتحدث فقط عن هذه المشكلات، فتكنيكات مورينو تشجع التفاعل الشخصي والمواجهة، والتعبير عن المشاعر في اللحظة الحالية، واختبار الواقع. هذه المواجهة تحدث في سياق (هنا والآن)، وتعد السيكودراما طريقة إرشاد حية نشطة (Lively) وفعالة (Powerful) وذلك عن طريق التعامل مع الماضي، أو مع المشكلات المتوقعة كما لو كان الصراع يحدث الآن، فالمشاعر الشديدة القوية يتم إخراجها على نحو نموذجي، وقد صممت هذه العملية بحيث تكون خبرة انفعالية سليمة، وبعد حدوث مستوى كبير من الاستبصار يحدث التفريغ، وتحرر تلك المشاعر مثل اليأس، والحزن، والإثم. فإن كل المشاركين في السيكودراما بما في ذلك جمهور المشاهدين يحققون مستوى جديداً من الفهم للموقف المشكل، ويتوحد مع مواقف ومشكلات الآخرين. وبهذه الطريقة يجد الأشخاص الذين كانوا يرون أنفسهم في مواقف سابقة غير قادرين على الفرار من العزلة، أنهم أصبحوا من خلال الإرشاد بالسيكودراما جزءاً من العلاقة القائمة مع الممثلين الآخرين المشتركين معهم في العمل الدرامي، ومن ثم يحدث تعلم للسلوك (للفعل)، لأن القوة المبالغ فيها من الآخرين تصبح قوة معدلة للسلوك، وذلك حين تمثل المواقف المتعددة والمتباينة التي تحيط بالصعوبة أو المشكلة وتطوقها.

ويمكن أن يدور موضوع التمثيلية النفسية حول الخبرات التي يخافها المسترشد أو المواقف التي تسمح بالتنفيس الإنفعالي أو حل الصراعات أو تحقيق التوافق النفسي وفهم الذات أو الاتجاهات السالبة أو الأفكار والمعتقدات الخرافية والأحلام، وقبل الجلسة مباشرة يحدد موضوعها. كما يقوم المسترشدون بتأليف المسرحية النفسية بأنفسهم وذلك حسب المواقف والمشكلات، ويمكن أن يساعد المرشد بالتأليف، أما الحوار فيترك لتلقائية وابتكار المسترشدين في أثناء التمثيل، وتبدأ بعد التمثيل المناقشات حول المسرحية والتعليق عليها ونقدها واستعراض ما يمكن استنتاجه، ويشترك في المناقشة المرشد والمسترشدون. (سري، 1990).

ومن فوائد التمثيل النفسي المسرحي نذكر:

1. يكشف عن مشكلات المسترشدين وشخصياتهم ودوافعهم وحاجاتهم ومشاعرهم وصراعاتهم.
2. التخلص من التوتر والقلق والإحباط وحل الصراعات في مواقف تشبه مواقف الحياة الواقعية
3. تدريب المسترشد على التلقائية في إعادة مواجهة المواقف وفهمها فهما أكثر مواءمة، وفي مواجهة المواقف الجديدة التي تنشأ من إعادة تمثيل المواقف الدرامية، وهذا يساعد في تحرير الفرد من الانفعالات المكبوتة وفي تنمية مرونة كبيرة ومهارات في العلاقات الشخصية.
4. تساعد المسترشد على اكتشاف نواقصه وأخطائه.

وهناك خمسة مكونات رئيسية لطريقة السيكودراما:

1. المسرح A stage
2. المخرج A director: يقوم به أحد المسترشدين وفي الأغلب يقوم به المرشد، وعن طريق نشاط المرشد يتم توجيه وإرشاد المسترشد من خلال اكتشاف المجالات والمساحات ذات المعنى في الحاضر، وفى الماضي، وفى المستقبل، لكي

يعيد إصلاح وتجديد علاقاته مع الناس الذين قد تتضامن هذه العلاقات معهم، وتؤدى تلقائية المخرج إلى تعبير المسترشد عن مشاعره تعبيراً حراً إلى ابعد حد.

3. البطل A protagonist: والأدوار هنا متعددة مثل: دور المسترشد في الحياة اليومية أو دور المرشد أو شخص مهم كأحد الوالدين أو الأخوة أو المدرس أو الزوج أو الجار أو دور معاكس مثل قيام المرؤوس بدور رئيسه أو الزوج بدور الزوجة، ويكون لأحد المسترشدين دور البطل الرئيسي، ويمثل باقي المسترشدين أدوار الأشخاص المهمين في حياته، ويمكن أن يشترك المرشد وغيره من أفراد فريق الإرشاد في التمثيل من أجل التوجيه والتفسير. ويجب إسناد الأدوار بحرص إلى المسترشدين بحيث تكون متدرجة في العنف بما يضمن الاستمرار وعدم الانهيار، ومن الأفضل أن يختار كل عضو الدور الذي يرغب في تمثيله، ويطلب منهم أن يكون سلوكهم معبرا عن أفكارهم الخاصة الحقيقية بتلقائية وحرية.
4. الأنا المساعدة Auxiliary Egos: وهو الذي يقوم بتوزيع الأدوار وهو مدرب للقيام بأدوار مختلفة، ويجسد جزءاً يتصل بالبطل، مثل الحب أو صورة في حلم، أو يمثل مظاهر الحياة الداخلية الخاصة ببطل العرض. والنقطة الهامة هنا هي أن يتفاعل المريض مباشرة مع التجسيدات الممثلة للعلاقات بين الشخصية الداخلية.
5. جمهور المشاهدين The Audience: غالبا يكونون من أعضاء الجماعة الإرشادية وأعضاء فريق الإرشاد.

وهناك ثلاث مراحل للعملية السيكودرامية هي:

1. مرحلة التهيؤ (التسخين) The Warm up Phase:

أكد مورينو على أهمية مرحلة التهيؤ، لكونها تجعل من المشاركين في العملية السيكودرامية مستعدين للتجربة، فهي عملية تمهيد للجلسات، وتتم التهيئة بأساليب متعددة كأن تبدأ مجموعة الإرشاد في النقاش حول موضوع معين مما يجذب أفراد الجماعة ويكون مثار اهتمامهم ومن ثم يتفاعلون فيما بينهم، كما يمكن أن تتم التهيئة عن طريق إطلاق النكات، ومع التهيئة تقام على نحو جوهري وأساسي قنوات للتواصل يمكن من خلالها أن يدمج الأداء والتجسيد على خشبة المسرح، وكذلك المشاعر السائدة بين أفراد الجماعة في العمليات المفيدة الخاصة بالتفريغ الانفعالي، ونمو الاستبصار، وإعادة التعلم. وهنا يشعر الأعضاء أن بيئة العمل آمنة ويسودها مناخ من الثقة والاطمئنان.

2. مرحلة التمثيل – الأداء The Action Phase:

وهنا يتم تجسيد موقف من الماضي أو الحاضر أو حدث يتوقع حدوثه مستقبلاً. ويستخدم المعالج تكنيكات درامية ليتسنى للبطل (المسترشد)، أن يستكشف منطقة جديدة للحصول على فهم جيد دونما ارتباك. وعندما يتاح للفرد خبرة التفريغ والاستبصار، فإن السلوك المختل يتم إخماده، حيث إن التمثيل في صميمه إبطال لواقع فعلي، مما يعني إبطال لواقع منحرف، وبخاصة مع دفء العلاقة التي يبعثها التبادل الحي للأدوار والتي يشارك فيها المرشد.

3. مرحلة المناقشة (The Discussion Phase):

وهي مرحلة المناقشة والمشاركة، التي تهدف إلى إعطاء معنى متكامل للخبرة التي يتم تمثيلها، وغالبا ما يطلب من المشاركين إعطاء ملاحظاتهم الشخصية عن كيفية ارتباط جلسة السيكودراما بهم.

ويستخدم المرشد النفسي مجموعة من التقنيات والتكنيكات السيكودرامية ومن أهمها:

1. **تكرار البروفة السلوكية Behavioral Rehearsal:**

هي أحد أشكال لعب الدور الذي أصبح مقبولاً على نطاق واسع في مجال التدريب على التوكيدية، وفي تعلم المهارات الاجتماعية، فالأدوار التي تم تجسيدها يمكن أن يعاد تمثيلها مرة أخرى، وإعطاء تغذية راجعة، والتعليم والتدريب، والإقتداء بأنموذج، وإعادة التمثيل على نحو متكرر تماما مثل بروفات الحفلات الموسيقية أو الدرامية.

2. **الأجزاء المتعددة للذات The Multiple Parts of Self:**

يتضمن العمل مع مكونات نفسية مختلفة لنفس المسترشد، وهذه المكونات يتم إدخالها في ديالوج مع بعضها، وحتى يمكن اختزال الاضطراب والفوضى، فإن المرشد يقوم بتوجيه كل دور كي يتحدث دون قطع الكلام Interruption "، هذا التكنيك بمقدوره أن يحول التناقض الوجداني، وكبح العواطف، وتعطيلها، إلى نموذج موثوق به للتعبير عن الذات.

3. **طريقة الحديث على انفراد: Talk a Aside:**

حيث يتحدث دون أن يسمعه الآخرون الموجودون على المسرح، وهذه الطريقة تساعد المسترشد على أن يستجلب مشاعره وأفكاره إلى حافة الوعي وإلى الخارج.

4. **فنية مناجاة النفس The Soliloquy:**

عبارة عن مونولوج Monologue أي مناجاة البطل نفسه على المسرح في سياق الأداء السيكودرامي، وفيها يؤدى المسترشد دوره في المشهد الدرامي.

5. الدوبلاج Doubling:

حيث يقوم المرشد بالتعبير عن الأفكار والمشاعر الداخلية للمسترشد، ويعمل من خلال ما أطلق عليه روجرز تقدير الذات لدى المسترشد، ثم يقوم المرشد بفحص الأداء، ويشجع المسترشد على أن يقوم بتصميمه. لذلك ينبغي أن يكون المرشد أكثر دقة في فهم وجهة نظر المسترشد. وهذا التكنيك يؤدى إلى تعجيل العملية الإرشادية.

وبهذا نكون قد استعرضنا مجموعة من التكنيكات السيكودرامية، التي يتوقف نجاحها ونجاح العملية الإرشادية كلها على ما ينطوي علية المرشد السيكودرامي من حساسية وكفاءة إكلينيكية، وفهم أكثر عمقا لذات المسترشد، مما يؤدي في النهاية إلى إحداث تغيرات سلوكية يسعى الإرشاد النفسي إلى تحقيقها.

3) التمثيل الاجتماعي المسرحي "لعب الدور" (Sociodrama):

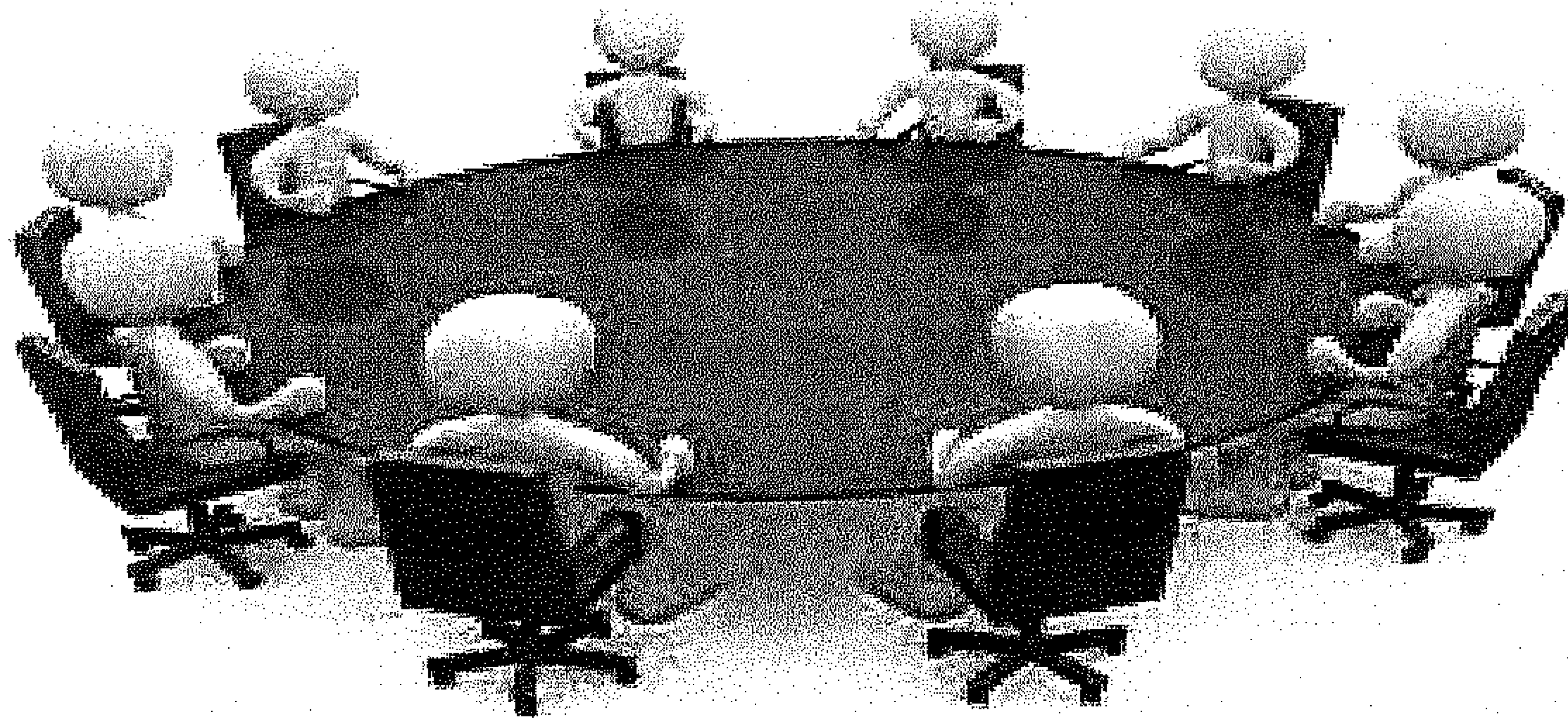
يعتبر التمثيل الاجتماعي المسرحي توءماً للتمثيل النفسي المسرحي، وهو ناتج عنه، ويطلق عليه أحيانا اسم " لعب الدور "، وهو يتناول المشكلات الاجتماعية، ومن أشهر أساليبه أسلوب قلب الأدوار حيث يقوم أحد المسترشدين بدور المعلم مثلا ومعه مسترشد آخر يقوم بدور التلميذ، وبعد ما يتصاعد أداؤهما التلقائي ويندمجان، يطلب المرشد منهما قلب الأدوار للتعرف على درجة التصلب (Hardness) والمرونة (Flexibility) وواقع السلوك الانفعالي ومشكلات المسترشد التي يمكن أن يعيشها في الأدوار، واستجاباته التلقائية. (سري، 1990)

وهو يقوم على اختيار عدد من المواقف المختلفة الأهداف وتدريب المسترشدين على أدائها، ومنها:

1. مواقف واقعية تستهدف إعداد الفرد لمواجهة أنواع المواقف التي سيواجهها.
2. مواقف مصممة لتشجيع روح الجماعة والتوحد والتقمص وتحقيق فهم شخصي أفضل.

مواقف مخصصة لإطلاق الانفعالات المحبوسة والمكبوتة، فقد يمثل أحد المسترشدين ما كان يتمنى أن يقوله لمديره عندما رفض إعطاءه إجازة.

مواقف مخصصة لحل الصراعات لإعادة التعليم الانفعالي كأن يمثل المسترشد دور الابن السلبي الذي تحميه أمه أكثر من اللازم.



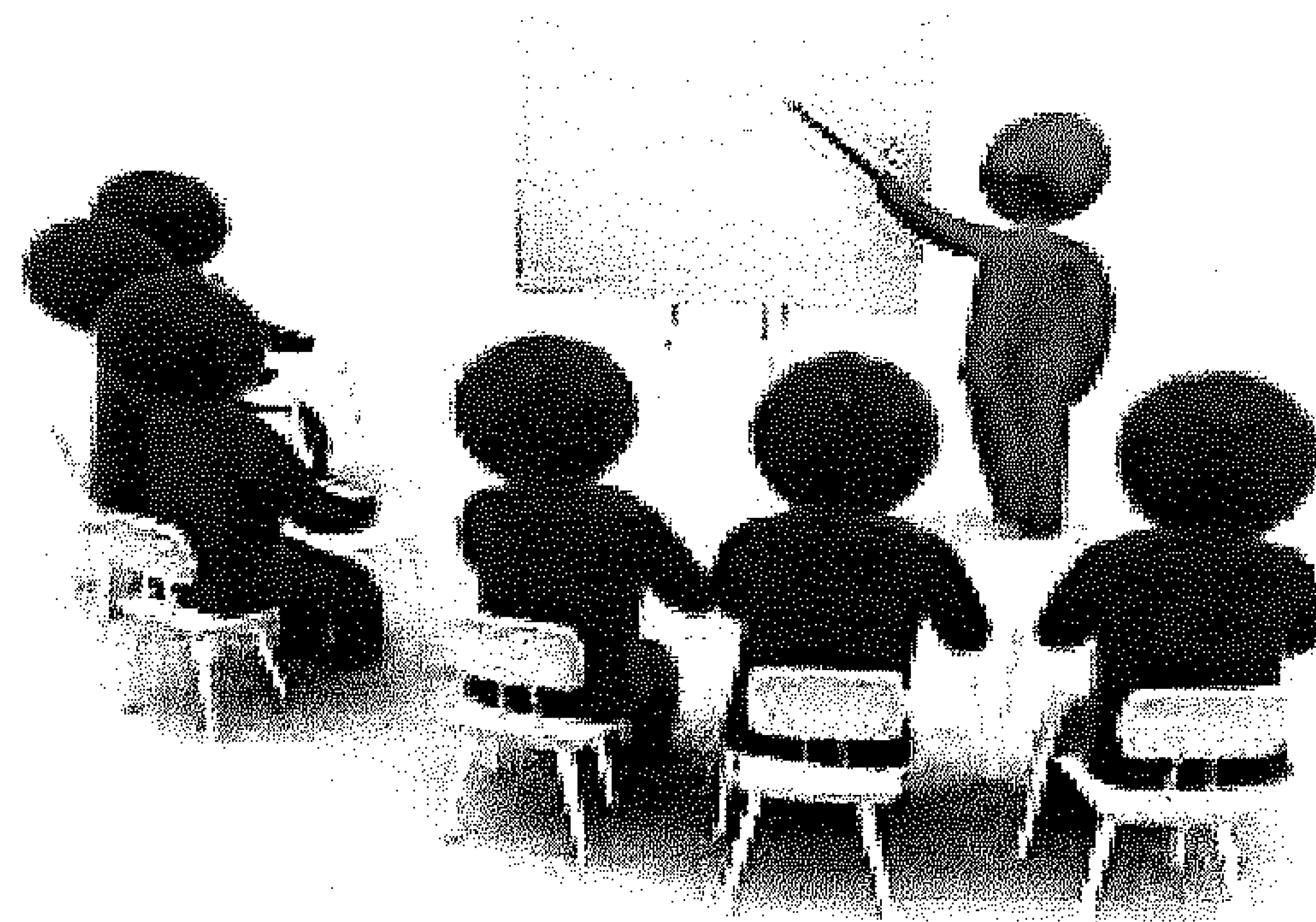
4) المحاضرات والمناقشات الجماعية:

Lectures and Group Discussions:

أسلوب من أساليب الإرشاد الجماعي، حيث يغلب فيها الجو شبه العلمي ويلعب فيها عنصر التعليم وإعادة التعليم دور رئيسي، ومن رواد استخدام أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية في الإرشاد النفسي (جونز Jones) و (كلابمان Klapman) ويعتمد هذا الأسلوب على إلقاء المحاضرات على المسترشدين، ومن ثم

مناقشتها، بهدف تغيير الاتجاهات لديهم. ويفضل أن يكون أعضاء الجماعة الإرشادية في حالة استخدام هذا الأسلوب متجانسين، بمعنى أن تكون معاناتهم من مشكلات متشابهة، أما عن موضوعات المحاضرات والمناقشات فقد تكون عن الصحة النفسية والأمراض النفسية وغيرها. أما المحاضرون فأهمهم المرشد حيث يعتمد على تأثيره الشخصي على المسترشدين، ويلقي بعض المحاضرات محاضرون من تخصصات مختلفة مثل المختصين الاجتماعيين، ويمكن أن يقوم بإلقاء المحاضرة بعض أعضاء الجماعة أنفسهم. وتستخدم بعض الوسائل المعينة في هذا الأسلوب مثل الأفلام والكتيبات وتكون المناقشة إما بعد المحاضرة أو في أثنائها (زهران،1997، 305).

ويجب أن يكون إعداد المحاضرة مناسبا للمسترشدين ليتعلموا مزيداً من المعارف والأفكار فيما يتصل بحياتهم العملية، وما يتعلق بالمشكلة التي يعانونها، وبطريقة حلها ومواجهة الاضطرابات التي يشكون منها، والطرح المناسب للمشكلة من قبل المرشد يعد مثيراً قوياً لاشتراك أعضاء الجماعة في المناقشة، ويفضل البدء بمناقشة المشكلات النفسية الاجتماعية العامة، ثم ينطلق منها إلى المشكلات الخاصة المشتركة بأعضاء الجماعة،ويكون الموضوع متصلاً بالاضطرابات أو المشكلات، ومحور النقاش يكون حالات افتراضية بأسماء عامة وهمية، ولكنها تلمس الواقع الذي يعاني منه أعضاء الجماعة.



يستخدم هذا الأسلوب مع عصابيين أو عدوانيين من الراشدين أو الأحداث أو ممن يمرون بمشكلات تزعجهم وتضايق إنتاجهم في عملهم. **وفي المناقشة الجماعية هناك عدة خطوات هي:**

- السكوت حتى يبدأ بعض أفراد الجماعة بالحديث.
- يقوم المرشد بافتتاح الجلسة الإرشادية إذا لم يبدأ أحد من أعضاء الجماعة بالحديث.
- يمكن البدء في الكلام من خلال تقديم كل فرد لنفسه مع التحدث قليلاً عن حياته (الأصفر، 2005).

وفي هذا الأسلوب يفضل البدء بمناقشة المشكلات النفسية العامة والانطلاق منها إلى المشكلات الخاصة المشتركة بين أعضاء الجماعة. ويكون محور المناقشة حالات افتراضية بأسماء عامة وهمية ولكنها تلمس الواقع الذي يعاني منه أعضاء الجماعة. ويدير المرشد المناقشة ويطرح بعض الأسئلة، ويستمع لأسئلة الحاضرين، ويتعاون معهم على الإجابات السليمة، وإبداء الرأي في الحالات المطروحة، ثم تكون النتائج.

ومن أهداف المحاضرات والمناقشات الجماعية تغيير الاتجاهات لدى المسترشدين، ويكون أعضاء الجماعة عادة متجانسين من حيث نوع المشكلات أو الاضطرابات، ومن أمثلة

موضوعات المحاضرات والمناقشات: الصحة النفسية والمرض النفسي، أسباب وأعراض المشكلات والاضطرابات النفسية، مشكلات التوافق النفسي، مناقشة بعض الأفكار الخرافية والمعتقدات الخاطئة، وقد يكون محور المناقشات حالات افتراضية بأسماء عامة وهمية ولكنها تلمس الواقع الذي يعاني منه أعضاء الجماعة ويكون المرشد محور المناقشات إذ هو الذي يثير الأسئلة ويوزعها ويستمع لأسئلة الأعضاء الحاضرين ويتعاون معهم على الإجابات السليمة. (سري، 1990)

أمـا المحاضـرون فـأهمهم المرشـد أو بعـض المتخصصـين مثـل الأطبـاء والمختصين الاجتماعيين أو بعض المسترشدين السابقين والذين استفادوا من هذا الأسلوب الإرشادي، وتستخدم الوسائل المعنية في المحاضرات والمناقشات مثل الأفلام والكتيبات والنشرات.

ويستخدم أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية العلاجية على نطاق واسع في الوقاية وخاصة في المدارس والمؤسسات.

كما يمكن استخدام الأسلوب المختلط: وهو الذي يستطيع المزج المتوازن بين الأسلوبين السابقين في الإرشاد الجماعي، بحيث تكون المحاضرة مثلا ذات طول معقول يتخللها ويعقبها نقاشات بناءة، مع عرض لبعض جوانب تمثيلية مسرحية، فالهدف هو المسترشد وجعله يتبنى أساليب سلوكية صحيحة تجاه نفسه وتجاه الآخرين من حوله.

5) الوسائل الإيضاحية (السمعية والبصرية):

Clarifying Means Audiovisual:

تستخدم في هذه الطريقة الأفلام الوثائقية التعليمية النفسية، وهي تتضمن مظاهر انفعالية سلوكية وما يرتبط بها من اضطرابات انفعالية واضطرابات سلوكية، ويشترط أن يكون موضوع الوسائل الإيضاحية متصلا بمشكلة المسترشدين ومناسبة لهم، ويمكن استخدام هذه الطريقة مع طريقة إلقاء المحاضرات والمناقشات الجماعية. كما أن هناك بعض الأساليب المساعدة مثل أسلوب عرض الوسائل السمعية والبصرية: الفيديو والكاسيت وCD والتي تعد من الوسائل حديثة الانتشار في مجال الإرشاد النفسي، لما لها من أهمية كبيرة في زيادة وعي المسترشد بذاته وبسلوكه المضطرب حيث يساعد في عرض مظاهر انفعالية وسلوكية، وهي ذات اثر كبير في نفسية أعضاء الجماعة، ويشترط في هذه الوسائل

أن تحتوي على موضوعات وثيقة الصلة بمشكلات المسترشدين الذين ينتمون إلى الجماعة الإرشادية.

6) جماعة المواجهة Encounter Group:

يعيش الإنسان المعاصر في بيئة تتراجع فيها مكانته بشكل متزايد وتسيطر عليها الثورة التكنولوجية والعلمية والانترنيت، وأصبح يتصرف وكأنه آلة أو عنصر نشيط يتعامل مع آلات وأشخاص بيروقراطيين لا يهتمون بالآخرين إطلاقا. وعندما يتم إشباع الاحتياجات المادية لدى الأفراد التي هي ضرورية،فإن الأفراد سيتجهون إلى المجال النفسي باحثين من خلاله على مقدار أكبر من الحقائق والإنجازات وتطوير الإمكانيات. وهنا فإن مجموعات المواجهة هامة جدا لأنه كلما ازداد انتشار مجموعات المواجهة كلما زادت معرفة الأشخاص عن أنفسهم، وكلما زاد الاهتمام بهم من قبل الأشخاص الآخرين وكلما ظهرت طرق أخرى لإضفاء طابع إنساني على حضارتنا الحالية.

وهكذا فإن الفرد أصبح بعيداً عن كونه مجموعة من الحقائق المخزنة في ذاكرة الحاسوب. هو شخصية وسيثبت لنفسه وبنفسه على أنه كذلك. ويمكن أن تكون مجموعة المواجهة محاولة لمواجهة وتجاوز تقوقع وانعزال الأفراد في الوقت الحاضر، إذ أن الفرد يصبح بمساهمته في مجموعة المواجهة بعيداً عن الانعزال الكلي، فمجموعة المواجهة لن تلغي بالضرورة وحدته وعزلته، لكنها على الأقل تُظهر له أن هذه الوحدة خيار غير محتم في حياته وتدخله في تواصل مفيد مع الآخرين.

وبما أن الوحدة والانعزال من المشاكل الأكثر خطراً والمتوقعة في الحياة المعاصرة فإن هذا سيكون مجال تطبيق مهم لمجموعات المواجهة. ويبدو أنه سيكون هناك في المستقبل أهمية أكبر لخبرة الجماعة بالنسبة للأفراد، إذ أنها طريقة للتطور وتحقيق الذات.

إن مجموعة المواجهة هي واحدة من التجارب المتنوعة العديدة التي يحاول المرء عن طريقها اختبار الحياة بأكملها واختيار حلول جديدة للمشاكل التي تواجهه، ومن المحتمل أن تصبح أكثر من ذلك في المستقبل.

وهكذا فإن التكنولوجيا الحديثة تواجه الجنس البشري بتغيرات سريعة لم يتهيأ الإنسان لها بالشكل الكافي. وبالتأكيد فإنّ لمجموعات المواجهة دوراً كبيراً في مساعدة الأفراد على إدراك مشاعرهم تجاه التغيير. وفي جعل هذا التغيير إمكانية بناءة.

ويبدو أن هذه المشكلة تزداد مع الزمن، وأية طريقة تساعد الفرد على الانسجام مع التغيير سوف تكون ضرورية بشكل كبير. والطريقة التي تزودنا بها مجموعة المواجهة لمواجهة المستقبل هي أداة للتجديد المستمر في بنى المؤسسات وإداراتها، إذ أن المستقبل يتطلب تغييراً في المؤسسات لا يقل عن التغيير الشخصي. كما يتطلب بشكل أكثر إلحاحاً من الحاضر، أداة لمعالجة القلق ضمن الجماعة أو التوترات الشخصية وكل أشكال الصراع، ولهذا فإن مجموعات المواجهة في غاية الأهمية لتحسين المستوى المتدني للتواصل الاجتماعي.

وتساعد جماعة المواجهة في الوقاية من التوترات وفي حل الصراعات النفسية وتتناول القيم والاتجاهات بالتعديل والتغيير وإثراء وتحسين الاتصال بين الوالدين والأولاد وحل المشكلات النفسية الاجتماعية والمشكلات الزوجية.

يعتبر روجرز رائد هذا الأسلوب الإرشادي، ويعّرف هذا الأسلوب بعدة أسماء وأفضلها الخبرة الجماعية المكثفة في جماعات المواجهة، وتضم جماعات المواجهة /8 – 10/ أفراد لديهم مشكلات متشابهة، وتستمر الخبرة الجماعية المكثفة فترة تتراوح بين يومين إلى ثلاثة أيام (كعطلة نهاية الأسبوع)، وتستغرق الجلسات ما بين عشرة إلى ستين ساعة وقد تمتد الجلسات إلى ثلاثة أو أربعة أسابيع.

ويمكن اختيار الأساس النظري الذي يفضله المرشد، كالإرشاد المتمركز حول المسترشد أو الإرشاد الجشطالتي، أو غيره، ويقوم المرشد بدور الميسر (Facilitator)، أي ميسر للتفاعل والتفاهم والعلاقات في جماعة المواجهة، وتسهيل التعبير الحر لدى أعضاء الجماعة عن المشاعر والأفكار وتهيئة المناخ الإرشادي الآمن نفسيا.

وتمر الخبرة الجماعية المكثفة بعدة مراحل على النحو التالي:

1. **التجمع Milling Around:**

يوضح المرشد أن الجماعة تتمتع بحرية كاملة وأنه لا يوجد من يحدد وجهتها، وقد تتكلم الجماعة في هذه المرحلة عن أشياء متنوعة.

2. **المقاومة Resistance:**

أي مقاومة التعبير الشخصي، فلكل فرد مفهوم ذات خاص يحافظ على سريته، وكل فرد يحاول أن يبدو أمام الآخرين عارفا قادرا محقا خاليا من المشكلات.

3. **وصف المشاعر السابقة:**

ويبدأ ذلك بالحذر والخوف، ويبدو أن الكشف عن المشاعر السابقة يكون أسهل من التعبير عن المشاعر الحاضرة لأنها تكون خارجة عن نطاق الجماعة زمانا ومكانا.

4. **التعبير عن المشاعر السالبة:**

يكون التعبير الأول عن المشاعر الهامة " هنا والآن " في شكل اتجاهات سالبة نحو الأعضاء الآخرين في الجماعة أو نحو قائدها، وبعد أن يتم التعبير عن المشاعر السالبة يتم تقبلها دون نتائج سيئة حيث توجد الجماعة في مناخ نفسي كله حرية.

5. التعبير عن المواد الشخصية:

بعد أن يتأكد كل فرد أن الجماعة جماعته، يبدأ بالكشف عن ذاته بشكل أعمق.

6. التعبير عن المشاعر المباشرة في الجماعة:

وهو عبارة عن إفصاح عن المشاعر في اللحظة المباشرة للأعضاء تجاه بعضهم أما إيجابا أو سلبا.

7. نمو طاقة علاجية في الجماعة:

وهنا يظهر قدرا من الطاقة التلقائية لدى أعضاء الجماعة للتعامل مع آلام ومتاعب ومشكلات الآخرين.

8. خلع الأقنعة:

مع مرور الوقت تجد الجماعة أنه لا يمكن تحمل أن تظل أي عضو من أعضائها خلف قناع أو واجهة، فالمواجهة المكثفة تتطلب أن يكون الفرد " نفسه " ولا يظل مختبئا، وقد يكون خلع الأقنعة بتدرج ورفق.



9. تلقى التغذية المرتدة:

يكتسب الفرد الكثير من المعلومات عن كيف يبدو للآخرين، وبذلك تبدو الجماعة بمثابة مرآة جماعية للفرد.

10. التحدي (وجها لوجه) Confrontation:

وفي هذه المرحلة يواجه الأفراد بعضهم بعضا إيجابا أو سلبا في أخذ وعطاء قد يصل إلى مرحلة المشادة.

11. علاقة المساعدة الجماعية:

تنمو علاقة مساعدة جماعية حيث تتوصل الجماعة إلى طرق يكون فيها الأعضاء قادرين على مساعدة بعضهم داخل وخارج الجلسات الجماعية.

12. المواجهة الأساسية Basic Encounter:

في هذه المرحلة يزداد ائتلاف الأعضاء وضوحا في شكل قرب أكثر، واتصال أعمق مع بعضهم، وهذا يعتبر أحد العناصر الرئيسية المؤدية إلى إحداث التغيير نتيجة الخبرة الجماعية.

13. التعبير عن المشاعر الموجبة والقرب:

وبالتدريج يحل محل الشعور السالب تقبل عميق للآخر، ومن ثم يتضح حدوث تغير حقيقي في المشاعر في الاتجاه السليم، ويزداد الشعور بالأمن وبروح الجماعة.

14. التغيرات السلوكية في الجماعة:

التعبيرات في الجماعة تتغير ونبرات الصوت تتغير فيصبح أحيانا أقوى وأحيانا أرق، ويبدي الأعضاء قدرا كبيرا من الاحترام المتبادل والاتجاه الموجب نحو بعضهم، ويعبرون عن أنفسهم بحرية وطلاقة ويصبحون أكثر تعاطفا وتسامحا وثقة، وتصبح العلاقات الاجتماعية أكثر عمقا ونجاحا.

7) أسلوب النادي الإرشادي:

هو أسلوب قائم على النشاط العلمي والترويحي والترفيهي بصفة عامة، حيث إن النشاط العلمي يحل محل الكلام. ومن رواد هذا الأسلوب سلافسون (Slavson) (1943) ويستخدم هذا الأسلوب مع بعض المسترشدين الذين لا يحبون التردد على عيادة نفسية أو مركز للإرشاد النفسي أو مستشفى للأمراض العقلية، حيث أن وقع هذه الكلمات غير مريح عند هؤلاء.

ومن فوائد هذا الأسلوب: إمكانية تكوين علاقات شخصية مع الأفراد الآخرين وخبرات جماعية وخاصة الذين يعانون من الرفض والحرمان والإحباط في الأسرة.

ويبدأ هذا الأسلوب بنشاط رياضي أو فني، حيث يكون هناك غرف خاصة للنشاط الترويحي، ويكون دور المرشد محايدا، حيث يتناول السلوك المنحرف بالتعديل والتصحيح. ومن صفات هذا الأسلوب أنه يجعل المسترشد يسلك سلوكا على سجيته، ومن ميزات وجود الألعاب أنها تتيح فرصة التنفيس الانفعالي.

8) الإرشاد الأسري:

الإرشاد الأسري أسلوب من أساليب الإرشاد النفسي الجماعي، وهو إرشاد يعمل على كشف المشكلات والاضطرابات الناتجة من التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق اجتماعي ومحاولة التغلب على هذه المشكلات عن طريق مساعدة أعضاء

الأسرة كمجموعة على تغيير انماط التفاعل المرضية داخل الأسرة، وطريقة الإرشاد الأسري تستند إلى افتراض مفاده أن الاضطراب ليس في الفرد نفسه الذي يعتبر مرضاً فريداً مميزاً، بل في السياق والمحيط الأسري والعلاقات بين أفراد الأسرة، ويشدد علماء النفس على درجة من التوازن الأساسي بحيث إن التغير في أحد أفراد الأسرة سيؤثر في الأعضاء الآخرين أيضا، فالسلوك المنحرف الذي يظهره الطفل يعتبر عرضا لأسرة مضطربة، فالهدف العام للإرشاد الأسري تحسين طبيعة العلاقات العائلية، والعمل مع الأسرة التي تتضمن في العادة الطفل والوالدين والإخوة والأخوات وأحيانا أفراد الأسرة الممتدة يتطلب وجود مساعد للمرشد النفسي، وأحيانا يتطلب الأمر وجود مرشدين اثنين أو أكثر للعمل معا في إرشاد العائلة، ويكون ذلك في المركز الإرشادي أو في المنزل. ويلاحظ المرشد في أثناء جلسات الأسرة مدى العلاقة والتعامل بين أفرادها، وقد يلجأ إلى أسلوب المواجهة بين أفراد الأسرة ويشجع وسائل التفاعل الفعال في جو من التفاهم والتقبل مما يخفف حدة التوتر.

ومن دواعي استخدام الإرشاد الأسري:

1. اضطرابات العلاقات الأسرية، تبادل الاتهامات والإسقاطات.
2. اضطرابات العلاقات الزوجية.
3. اضطراب الأسرة وانهيارها.

ويقوم المرشد بدور الموجه على النحو التالي:

1. تسهيل الاتصال والتفاعل بين أعضاء الأسرة.
2. تعديل السلوك على أسس ومبادئ نظريات التعلم.
3. التحليل النفسي والاستقصاء العميق، في حالة ظهور المقاومة وتأثير خبرات الطفولة. (سري، 1990، 138)

ويقابل المرشد عادة كل أعضاء العائلة ويحلل طرق تفاعل الأفراد مع بعضهم بعضا، ويحاول أن يجعل أعضاء العائلة تتكلم مع بعضها بعضا بدلا من أن يوجه التعليقات والأسئلة لكل منهم، وبعد معرفة تركيب العائلة يحاول المعالج استبدال هذا التركيب، وذلك بأن يجعل التفاعلات بين أعضاء الأسرة فعالة ووظيفية بشكل أكبر، وبالإضافة إلى ذلك يقوم بتسجيل جلسة الإرشاد الأسري. وثم يجعل العائلة تشاهدها من أجل أن يلاحظوا بشكل أكبر الطرق التي يتبعونها في التفاعل مع بعضهم بعضا، ويعطي أفراد العائلة مهام ووظائف مثل جعلهم يتفاعلون مع بعضهم بعضا، وأحيانا يقوم المرشد بزيارة العائلة في البيت حتى يرى طرق التفاعل والتعامل بين أعضائها بشكل طبيعي قدرالإمكان. (Carlson 2000 (and his fellows,



وتتجلى أهداف الإرشاد الأسري بما يلي:

1. تحقيق الفهم المتبادل بين أعضاء الأسرة وكيفية التعامل بينهم وحل المشكلات المشتركة.
2. تقوية القيم الإيجابية للأسرة ومساعدتها على تدعيم كل ما يحقق التوازن والاستقرار.
3. مساعدة الأسرة على رفع مستوى أدائها الاجتماعي.

4. مساعدة الأسرة على تخطي بعض العقبات الخاصة ببعض أفرادها المشكلين (المعوقين أو المتخلفين عقليا مثلا).
5. تحقيق التقارب والتوافق بين الجنسين والأعمار المختلفة داخل الأسرة.
6. تحصين الأسرة ضد احتمالات الاضطرابات النفسية. (سري،1990)

9) الإرشاد الزواجي

لقد أظهرت الدراسات أن الإرشاد الجماعي لكلا الزوجين يكون فعالاً أكثر في حل المشاكل الزوجية من الإرشاد الفردي لزوج واحد، والإرشاد الزواجي يساعد أيضا عندما يعاني أحد الزوجين من مرض نفسي تكون أعراضه أو نتائجه معرقلة للزواج، ويكون الإرشاد الزواجي بمساعدة الشريكين في التواصل مع مشاعرهم والإحساس بحاجات بعضهم بعضا، والتعامل بطرق فعالة أكثر مع مشكلاتهم، مساعدتهم لتكون توقعاتهم لأدوارهم واضحة وواقعية.

ثاني عشر: تقويم النظرية:

ايجابيات الإرشاد الجماعي:

1. الترشيد في الوقت والجهد وعدد المرشدين وتوفير النفقات.
2. وجد (بريكبيل Brechbill, 1972) أن الإرشاد الجماعي له فعالية تتساوى مع فعالية الإرشاد الفردي في تقليل مشاعر الانطواء والاغتراب الاجتماعي والقضاء على السلوك اللاتوافقي وهذه النتيجة لها أهميتها في صالح الإرشاد الجماعي الذي يوفر الوقت والجهد والمال (الدليل العملي للمرشدين، 2004).
3. شعور الفرد بالأمان من خلال المناقشة الجماعية لموضوع مشترك، حيث يقل القلق والخوف لديه.
4. اتاحة الفرصة للتنفيس الانفعالي.
5. الشعور بالانتماء للجماعة.
6. تطوير إمكانيات الشخصية وتدريبها على مواجهة الضغوط الاجتماعية.

7. درست (ويست West, 1972) تأثير الارشاد الجماعي على التوافق الشخصي والانفعالي والأسري والتغيير في مفهوم الذات من خلال المقارنة بين اثر وجود مرشد واحد بوجود مرشد ومرشدة بهدف تهيئة جو اسري ووجدت أن وجود مرشد واحد انجح وأسرع للتعامل الفعال مع أعضاء الجماعة الإرشادية. (الهاشمي، 1986، 203)
8. تكوين توقعات ايجابية عند الفرد والتفاؤل بالمستقبل.
9. التخفيف من القلق عند الفرد عند شعوره بأن عند الآخرين صعوبات ومشكلات مماثلة.
10. تقديم خبرات لأفرادها يصعب الحصول عليها دون الجماعة.
11. شعور أعضاء المجموعة الإرشادية بأنهم وحدة اجتماعية حقيقية.
12. يعتبر الإرشاد الجماعي أكثر واقعية واتصالا بالحياة وبخاصة عندما يستخدم وسائل علاجية كالتمثيل المسرحي واللعب وغيرها.
13. أهمية الإرشاد الجماعي باللعب كمدخل وركيزة أساسية لعملية التعليم والتعلم، ومن خلال اللعب تتوضح مفاهيم كثيرة عند الطفل ويساعده على التنفيس الانفعالي والترفيه. كما نستطيع من خلال اللعب الكشف عن مشكلات الأطفال وصراعاتهم، وبالتالي مساعدتهم على حلها.
14. إمكانية إشراك الأهل والأصدقاء في عملية الإرشاد.
15. يتعلم الفرد من الجماعة جوانب كثيرة في حياته، مثل الثقة بالنفس والتعاون والتفاعل والتكيف مع الآخرين واحترام الرأي والرأي الآخر.
16. يجد المسترشدون فيه فرصة مناسبة لعرض مشكلاتهم وآرائهم وهذا يحقق لهم التنفيس الانفعالي.
17. تمكّن التأثير المتبادل والتفاعل بين أعضاء الجماعة من تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي للمسترشدين.
18. يعطي الإرشاد الجماعي الفرصة للفرد للتفكير في مهاراته الاجتماعية وملاحظة مهارات الآخرين الاجتماعية.

19. يقلل الإرشاد الجماعي من تمركز المسترشد حول ذاته ويقضي على تخوفه وانطوائه على ذاته.

20. يساعد الإرشاد الجماعي المسترشدين على أن يتعلموا أشياء مهمة عن أنفسهم ويحسنوا علاقاتهم الشخصية ويصلوا إلى تغير ذي معنى يشعرهم بالرضا على أنفسهم.



سلبيات الإرشاد الجماعي:

1. عدم قدرة المسترشد أحيانا على عرض مشكلاته الخاصة أمام الآخرين، لأن في ذلك تهديداً لمكانته الاجتماعية.
2. قلة جدواها في الحالات الشديدة كالانحرافات.
3. قد يتعلم أصحاب المشكلات الخاصة أنماطا سلوكية جديدة غير مرغوب فيها.
4. قد ينتاب بعض المسترشدين شعور بالخجل أو الخوف أو القلق في طرح مشكلاته أمام الآخرين.
5. عدم قدرة الارشاد الجماعي على إحداث تغييرات جوهرية في شخصية المسترشد.
6. "قد يندمج الفرد بعمق في الكشف عن ذاته ويترك مشكلاته غير محلولة". (سري، 1990، 144).

7. قد تتضاعف المشكلات الخاصة، لأنها قد تضيع في ساحة مناقشة المشكلات العامة.
8. لا يصلح مع بعض الحالات التي تحتاج إلى السرية التامة كما لا يصلح مع المسترشدين الذين يعانون من خوف مرضي من التحدث مع الآخرين.

وأخيراً: إن معظم سلوكيات الفرد هي سلوكيات متعلمة، السوية منها أو غير السوية، حيث يكتسبها الفرد من خلال تعامله اليومي مع الآخرين ومواجهته لمواقف مختلفة في الحياة، يتكيف مع بعضها، وبعضها الآخر يسبب له مشكلات وصعوبات في التكيف، مما يؤدي إلى نشوء الاضطرابات النفسية. ويبرز هنا دور الإرشاد الجماعي في تقديم المساعدات الإرشادية النمائية والوقائية والعلاجية، واستخدام أساليب إرشادية متعددة من أجل تحقيق هدف مشترك لأعضاء الجماعة وهو تكيفهم الاجتماعي والانفعالي ومساعدتهم على حل المشكلات أو الصعوبات التي تواجههم.

إن الجماعة الإرشادية هي مجتمع مصغر يستطيع الأعضاء فيها أن يتعلموا وسائل أكثر فعالية للعيش مع الآخرين، وهي تكسبهم الأمل والالتزام بالتغير، والمخاطرة في الكشف عن مكنونات النفس، وعندما يصل المسترشدون

للمرحلة التي يستطيعون فيها الكشف عن عيوبهم ونواقصهم ومشكلاتهم أمام المرشد والأعضاء الآخرين في الجماعة، ويجدون بالمقابل التقبل والتعاطف من قبلهم، فإنهم سوف يشعرون بالارتياح عندما يتحدثون عن أنفسهم بصراحة، وبالتالي يستطيعون تقبل عيوبهم والتنفيس عن مشاعرهم الأليمة المكبوتة، والحديث عن صراعاتهم ومشكلاتهم وبالتالي يبدؤون بالسعي الجاد مع المعالج وأعضاء الجماعة للوصول للحلول المناسبة وهذا هو الهدف الذي يسعى إليه الإرشاد الجماعي.

وبالإضافة لذلك فإن الإرشاد الجماعي يسمح بفرص كثيرة من التفاعل الاجتماعي والأخذ والعطاء والتأثير المتبادل بين أعضاء الجماعة الإرشادية، وهذا يجعل الأعضاء يندمجون في النشاط الاجتماعي، وبالتالي يصبح الإرشاد الجماعي لا يعتمد فقط على جهد المرشد وطاقته بل يصبح للمسترشدين دور كبير فيه، ويتعلم الفرد من الجماعة جوانب كثيرة، وهذا يكسبه مزيدا من الثقة بالنفس، ويخلق لديه روح التعاون والانسجام.

إن الإرشاد الجماعي يحقق فائدة كبيرة عندما نستخدمه في بداية ظهور المشكلات لسهولته ولتوفيره الوقت والجهد، فعندما يشعر المعلم أو الأب مثلا بوجود مشكلة بسيطة عند الطفل، فقد لا يرى ضرورة في إرساله إلى المرشد لعدم وضوح المشكلة وقلة أهميتها، وهنا قد يلعب الإرشاد الجماعي بديلا جيدا ومناسبا في مثل هذه الحالات.

وبالمقابل قد يكون الإرشاد الجماعي في بعض الأحيان مهدداً للمكانة الاجتماعية لبعض أعضاء الجماعة، لما يولده من شعور بالخوف والقلق والخجل في طرحهم لمشكلاتهم وبالندم عندما يطرحونها، وبالنسبة لبعضهم الآخر قد يخلق اعتماد كبيراً على الجماعة الإرشادية.

ثبت المصطلحات العلمية

A

Abnormal	غير سوي
Abnormal psychology	الشذوذ النفسي
Activity	نشاط
Activity Group	جماعة النشاط
Addict	المدمن
Adolescence	مراهقة
Adult	حالة الراشد (الواقع)
Affect	العاطفة أو الوجدان
Affective disorders	اضطرابات وجدانية
Agoraphobia	الخوف من الأماكن العامة
Alienation	الاغتراب
American Psychological Society	الجمعية النفسية الأمريكية
Amnesia	فقدان الذاكرة الهستيري
Anal Stage	المرحلة الاستية (الشرجية)
Analysis	التحليل
Anger	غضب
Anima	الأنيما
Animus	الأنيموس
Anorexia Nervosa	فقدان الشهية العصبي
Antecedents	المقدمات
Anxiety	القلق
Anxiety Disorder	اضطرابات القلق
Anxiety Neurosis	عصاب القلق
Anxiety – Relief Conditioning	إشراط تخفيف القلق

Aphasia	هذيان
Aphasia	فقدان الكلام الهستيري
Application and Follow	مرحلة التدريب التطبيقي
Applied Psychology	علم النفس التطبيقي
Archetypes	الأنماط الأصلية أو الأولية
Arsimony	الاقتصاد
Assertive Training	التدريب التوكيدي
Assessment interview	المقابلة التشخيصية
Attention	الانتباه
Attribution	عزو السلوك
Autism	التوحد
Aversion Therapy	العلاج بالتنفير (الإكراه)
Aversive Conditioning	الإشراط المنفر
Awareness	الوعي

B

Basic Anxiety	القلق الأساسي
Basic Encounter	المواجهة الأساسية
Behavior	السلوك
Behavior Theory	النظرية السلوكية
Behavior Therapy	العلاج السلوكي
Behavioral Assessment	التقييم السلوكي
Behaviorism	السلوكية
Biofeed back	التغذية البيولوجية الراجعة
Biology	الجانب البيولوجي
Bipolar Disorder	اضطراب ثنائي القطب
Body image	صورة الجسم

C

Carrying Cut The Plan	تنفيذ الخطة
Case study	دراسة الحالة
Catharsis	التنفيس
Characteristics	الخصائص
Child Ego State	الأنا الطفلية (الطفل)
Choice Anxiety	قلق الاختيار
Chronic	مزمن
Classical Condioning	الإشراط الكلاسيكي
Classification	تصنيف
Clever level	مستوى الذكاء
Client	المسترشد
Client – centered counseling	الإرشاد المتمركز حول المسترشد
Clinical Assessment	التقيم الاكلينيكي
Clinical method	المنهج العيادي
Clinical Practice	الممارسة الإكلينكية
Clinical psychology	علم النفس العيادي
Coercion	الإكراه
Cognitive	المعرفية
Cognitive Behavior Modification	الإرشاد (العلاج) المعرفي السلوكي
Cognitive Behavioral Assessment	طريقة التقويم السلوكي المعرفي
Cognitive Concerning Change	المعرفة المرتبطة بالتغير
Cognitive Effect	الأثر المعرفي
Cognitive Factors in Behavior Therapy Techniques	إدخال العوامل المعرفية في أساليب العلاج السلوكي
Cognitive Functional Approach	الطريقة المعرفية الوظيفية

Cognitive Structure	البنية المعرفية
Cognitive – Restructuring Techniques	أساليب إعادة البنية المعرفية
Compensation	التعويض
Competition	التنافس
Comprehensiveness	الشمولية
Conceptualization	مرحلة التصور
Conditions of worth	شروط أو ظروف الاستحقاق
Confabulation	الخرف
Confidentiality	السرية
Confirmation	التأكيد (التثبت)
Conflict	الصراع
Confluence	الاندماج
Confrontation	المواجهة
Conscious	الشعور
Consciousness	الوعي
Contracting	التعاقد
Controlled Observation	الملاحظة العلمية المضبوطة
Conversation Hysteria	هستريا تحويلية
Counseling	الإرشاد
Counselor	المرشد
Crystallization	البلورة
Cultivating Self – Understanding	تشجيع فهم الذات

D

(DSM IV – TR)	الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع المعدل
Dealing Eith Consciousness	التعامل مع التفكير الشعوري

Degeneration	تدهور تدريجي في وظائف الشخصية
Delinquency	الجنوح
Dementia	العته – تدهور القدرات العقلية
Dependant Variable	المتغير التابع
Dependence	الإعتمادية
Depression	الاكتئاب
Depressive psychosis	اكتئاب ذهاني
Dereliction	تشتت التفكير
Derschatten	الظل
Descriptive method	المنهج الوصفي
Diagnosis	التشخيص
Dialogue	الحوار
Differential diagnosis	تشخيص فارقي
Dimensional Ontology	الوجود ألأبعادي
Direction	اتجاه
Displacement	الإحلال (الإزاحة)
Disputing	دحض الأفكار الخاطئة
Dream	الحلم
Dream Analysis	تحليل الأحلام
Drive	نزوة – حافز
Drive Reduction	خفض الحافز
Drugs	الأدوية
Dyslexia	عسر القراءة
Dyssomnias	اضطراب النوم

E

Early Childhood	الطفولة المبكرة
Eating disorders	اضطرابات الأكل
Eclectic Theory	النظرية الانتقائية
Ego	الأنا
Eclectic psychotherapy	العلاج النفسي الانتقائي
Electra Complex	عقدة الكترا
Electro convulsive therapy	العلاج بالصدمة الكهربائية
Elimination	اضطرابات الاخراج
Empathy	التعاطف
Empirical Validity	الصدق الأمبريقي أو القابلية للتحقق
Encounter Group	مجموعة المواجهة
Enuresis	تبول لا إرادي
Establishing rapport	بناء المودة (الألفة)
Etiology	علم أسباب الأمراض
Executive Processor	المعالج (المعامل) التنفيذي
Existential Frustion	الإحباط الوجودي
Existentialism	الفلسفة الوجودية
Experiential Searches	البحوث التجريبية
Experimental Hypothesis	الفرضية التجريبية
Experimental Method	المنهج التجريبي
Experiential Searches	البحوث التجريبية
Explanation	التفسير
Extinction	الانطفاء أو الإخماد
Extinction – overcorrection	الانطفاء أو الإخماد – التصحيح الزائد

Extraversion	الإنبساطية
Group Encounter	مجموعة المواجهة

F

Factual	واقعية
Family Therapy	الإرشاد (العلاج) الأسري
Flexibility	المرونة
Follow – up	المتابعة
Form	صورة
Free Association	التداعي الحر
Frustration	إحباط
Functional Therapy	العلاج الوظيفي

G

Game	الألعاب
Generalized Anxiety	قلق معمم
Genital Stage	المرحلة التناسلية
Gestalt Theory	نظرية الجشطلت
Grandiose Delusion	هذيان العظمة
Group Counseling	الإرشاد الجماعي
Group Session	الجلسة الجماعية
Guidance Meeting	المقابلة الإرشادية

H

Habit	عادة
Hallucination	هلوسة
Hardness	التصلب
Health Psychology	علم النفسي الصحي
Homework Assignments	التكليفات المنزلية
Hyperactivity Disorder Attention	اضطراب فرط النشاط الزائد

Deficit(HDAD)	
Hypnosis	التنويم المغناطيسي
Hypochondria Disorder	اضطراب توهم المرض
Hysteria	هستريا
Hysterical Blindness	العمى الهستيري

I

Id	الهو
Ideal Self	الذات المثالية
Identification	مطابقة – مماثلة
Identity	الهوية
Illusion	وهم
Illustration	التصوير (التوضيح)
Imagery	التخيلات
Images	التخيل
Importance	الأهمية
Incentive	الحافز
Incompatible Thoughts & Behaviors	السلوكيات والأفكار المتنافرة
Incongruence	عدم الانسجام أو عدم التوافق
Independent variable	متغير مستقل
Individual Counseling	الإرشاد الفردي
Inferiority	مركب النقص
Inner – Dialogue	المحادثة الداخلية
Inner – Speech	الحديث الداخلي
Insanity	جنون
Insight	البصيرة – الاستبصار
Insight Oriented Therapy	العلاج الموجه بالاستبصار

Insomnia	أرق
Instinct	الغريزة — نزوة
Integration	الإدماج (التكامل)
Intelligence	ذكاء
Internal Psycho poise	توازن نفسي داخلي
Interperso	العلاج البينشخصي
Interpersonal Anxiety	حالة القلق البينشخضي
Interpersonal Relationships	العلاقات البينشخصية
Interpretation	التأويل
Interretation	التفسير
Interrogation	التساؤل (الإستجواب أو الاستنطاق)
Interview	المقابلة
Intimacy	الألفة (المودة)
Introjection	التشرب (الازدراد)
Intuition	الحدس
Irrational Thoughts	أفكار لا عقلانية

K

Keeping in the Here & Now	الاحتفاظ به هنا والآن
Kleptomania	هوس السرقة (السرقة القسرية المرضية)

L

Lack of assurance	نقص التأكيد أو الثقة بالنفس
Lack of information	نقص المعلومات
Lack of skill	نقص المهارة
Latency Stage	مرحلة الكمون
Libido	الطاقة الجنسية (الليبيدو)
Lie	المراءاة (الكذب)

Life events	أحداث الحياة
Life Script	خطة الحياة
Locus of control	مركز السيطرة والضبط والتحكم
Logodrama	اللوجودراما
Logotherapy	الإرشاد (العلاج) بالمعنى

M

Major Depression	كآبة رئيسة
Mania	هوس
Mask	القناع
Masked Depression	اكتئاب مقنع
Masochism	المازوشية (التلذذ بتعذيب الذات)
Medical Psychology	علم نفس طبي
Melancholia	الذهان الداخي (جنون الصمت)
Mental Diseases	الأمراض العقلية
Mental Health	الصحة النفسية
Mild Depression	اكتئاب معتدل
Modelling	النمذجة
Mood	المزاج
Mood Disorder	اضطراب المزاج
Motivation	الدافعية
Motive	محفز
Multimodal Therapy	العلاج متعدد الوسائل

N

Neurosis	العصاب
Neurotic Anxiety	القلق العصابي
Neurotic Disorders	اضطرابات عصابية
Neurotic Trends	الاتجاهات العصابية

Neuroticism	العصابية
New Cognitive Structures	إعادة تكوين المفاهيم
Normal Behavior	سلوك سوي

O

Observational Learning	التعلم بالملاحظة
Obsessional Neurosis	عصاب الوسواس
Obsorption	التشرب (الإمتصاص)
Oedipus Complex	عقدة أوديب
Operant Condionin	الإشراط الإجرائي
Operationality	الإجرائية
Oral Stage	المرحلة الفمية

P

Panic Attack	نوبة هلع – ذعر
Paradoxical Intention	القصد العكسي
Paranoid	فصام
Parent	حالة الوالدية (الأنا الأعلى)
Passions Release	التنفيس الانفعالي
Pastimes	المسليات
Pastern	صيغة
Penis Stage	المرحلة القضيبية
Perceived Self	الذات المدركة
Persecutory delusion	هذيان الاضطهاد
Personality	الشخصية
Personality Adjustment	الضبط الشخصي
Personality Disorders	اضطرابات الشخصية
Phenomenological	الفينومينولوجيا
Phenomenology	علم الظواهرتية

Phobia	الخوف المرضي
Placebo	دواء وهمي
Plan of psychotherapy	خطة العلاج النفسي
Planning a program of action	تخطيط برنامج العمل
Planning Responsible Behaviors	التخطيط لسلوكات مسؤولة
Positive Addiction	الإدمان الإيجابي
Post Traumatic Stress Disorder	اضطراب ما بعد الصدمة
Powerful	فعالة
Practice	تدريب
Preciseness'	الدقة والوضوح
Preconscious	ما قبل الشعور
Pressure	الضغط
Problem Solving	حل المشكلة
Prognosis	التنبؤ
Projection	الإسقاط
Psychiatrist	طبيب للأمراض النفسية
Psychiatry	الطب النفسي
Psycho Independence	الاستقلال النفسي
Psychoanalysis	التحليل النفسي
Psychoanalysis Theory	نظرية التحليل النفسي
Psychological Clinic	العيادة النفسية
Psychosis	ذهان
Psychos mat	أمراض سيكوماتية – نفسية جسمية
Psychosomatic Disorders	الاضطرابات النفسية الجسمية
Psychotherapist	المعالج النفسي
Psychotherapy	العلاج النفسي

Psychoticism	الذهانية
Punishment	العقاب

R

Rational Emotive Therapy	النظرية العقلانية – الانفعالية
Real Self	الذات الحقيقية
Reality	الواقع
Reality Anxiety	القلق الواقعي
Reality Therapy	العلاج بالواقع
Reciprocal Inhibition	الكف المتبادل
Redoctronizaion	إعادة تكوين المفاهيم
Referral to other personal	التحويل إلى أخصائيين آخرين
Reframing (Relabeling)	إعادة التأطير أو إعادة التسمية
Regeneration	إعادة توليد السلوك
Reinforcers	المعززات
Relaxation	الاسترخاء
Remedial Method	المنهج العلاجي
Repression	الكبت
Resistance	المقاومة
Respondent Conditioning	إشراط المستجيب
Responding to Unhappiness Clients	التجاوب مع تعاسة المسترشدين – العملاء
Responses	الاستجابات
Responsibility	المسؤولية
Retarded	المتخلف عقليا
Retention	الحفظ
Retroflection	الانثناء

Right	الحق – الصح
Rituals	المجاملات (الطقوس الاجتماعية)
Role	الدور
Role Playing	لعب الدور
Rorschach test	اختبار رورشاخ

S

Sadism	السادية (التلذذ بتعذيب الآخرين)
Sample	العينة
Schizo Affective	فصام وجداني
Schizophrenia	الفصام
Scripts	المخططات
Self	الذات
Self – Help Group	جماعة العون الذاتي
Self – Actualization	تحقيق الذات
Self – Concept	مفهوم الذات
Self – Conflict	الصراع الذاتي
Self – Esteem	تقدير الذات
Self – Instruction	التوجيه الذاتي
Self – Monitoring	المراقبة الذاتية
Self – Observation	مراقبة الذات أو الملاحظة الذاتية
Self – Talk	حديث الذات أو الحوار الذاتي
Semantic Therapy	العلاج بالدلالات اللفظية (العلاج المعنوي)
Sensation	الإحساس
Sever Depression	اكتئاب حاد
Shape	شكل

Shaping	التشكيل
Simplicity	البساطة
Skills	المهارات
Skills Acquisition & Rehearsal Phase	مرحلة اكتساب المهارات وتكرارها واعادتها
Social Learning	التعلم الاجتماعي
Social phobia	الخوف الإجتماعي
Social Self	الذات الاجتماعية
Sociodrama	لعب الدور
Soliloquy	فنية مناجاة النفس
Somatoform Disorder	اضطرابات سيكوسوماتية
Somnambulism	المشي أثناء النوم
Specification	التحديد (التعيين أو التفصيل الدقيق)
Spontaneity	التلقائية
Stammering	التأتأة
Stimulus – Response	المثير والاستجابة
Stress	الشدة النفسية
Stress Inculation	التحصين ضد الضغوط النفسية
Stressful Situation	المواقف الضاغطة
Stroke	الضربة
Style of Life	أسلوب الحياة
Sublimation	التسامي
Suggestion	الايحاء
Suicidal Attempt	محاولة انتحار
Super ego	الأنا الأعلى
Symptom Prescriptions	وصفات الأعراض

Symptomatology	علم الأعراض
Symptoms	الأعراض
Synthesis	التركيب
Systematic Desensitization	التخلص المنظم من الحساسية

T

The Collective Neurosis	العصاب الجمعي
The Noogenic Neurosis	العصاب الروحي (الفكري)
Theory	نظرية
Tics	العرات أو اللوازم
Token Economy	الاقتصاد الرمزي
Transactional Analysis	تحليل التعاملات
Transference	التحويل
Trgression Analysis	تحليل النكوص

U

Unconditional Regard	التقبل غير المشروط
Unconditioned Stimiulus	المثير غير المشروط (الطبيعي)
Unconscious	اللاشعور
Unconscious Processes	العمليات اللاشعورية
Unspecified disorder	اضطراب غير محدد الأعراض

V

Value	قيم
Virtuous Cycle	الدائرة الخيرة

W

Will To The Meaning	إرادة المعنى
Worthiness	الجدارة

قائمة المراجع

المراجع العربية:

- إبراهيم، زكريا (1972): مشكلة الحرية، مكتبة مصر، القاهرة.
- إبراهيم، زكريا (1986): الزواج والاستقرار النفسي، مكتبة مصر، ط3، القاهرة.
- إبراهيم، عبد الستار (1994): العلاج السلوكي المعرفي الحديث، أساليبه وميادين تطبيقه، دار الفجر، القاهرة.
- إبراهيم، عبد الستار (1994): العلاج النفسي السلوكي المعرفي، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة.
- أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف (2008): الإرشاد الزواجي والأسري، دار الشروق، عمان.
- أبو حطب، فؤاد (1990): نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين، مكتبة الأنجلو المصرية، ط2، القاهرة.
- أبو حماد، ناصر الدين (2008): تعديل السلوك الإنساني وأساليب حل المشكلات السلوكية، عالم الكتب الحديث، الاردن.
- أبو عيطة، سهام (1997): مبادئ الإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، دار الفكر،عمّان.
- أبو عيطة، سهام (1997): مبادئ الإرشاد النفسي، ط1، دار الفكر، عمّان.
- أبو فخر، غسان وآخرون (2003): الدليل العملي للمرشدين النفسيين والتربويين، منشورات المؤسسة العامة للمطبوعات والكتب المدرسية، دمشق.
- أبو عبادة، صالح عبد الله (2001): الإرشاد النفسي والاجتماعي، ط 1، مكتبة العبيكان، جامعة الإمام محمد بن سعود، السعودية .
- آدلر، الفرد (1974): معنى الحياة، ترجمة محمود هاشم الورداني، شركة الكتاب الحديث، بيروت.

قائمة المراجع

- الأصفر، احمد (2005): الإرشاد الاجتماعي والنفسي وتطبيقاته، منشورات وزارة الثقافة، دمشق.
- باترسون س.هـ (1992): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة، حامد عبد العزيز الفقي، الجزء الأول، ط2، دار القلم، الكويت.
- باترسون، س. ه (1990): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، الجزء الثاني، ترجمة حامد عبد العزيز الفقي، الكويت، دار القلم للنشر والتوزيع.
- بتروفسكي، أ.ف وياروشفكي، م.ج (1996): معجم علم النفس المعاصر، ترجمة حمدي عبد الجواد وآخرين، دار العالم الجديد، القاهرة.
- البريثن، عبد العزيز عبد الله (2008): الإرشاد الأسري، ط1، دار الشروق، عمان.
- بلان، كمال يوسف (2001): السكان والحياة الأسرية- الدليل المرجعي في التربية السكانية، منشورات وزارة التربية في الجمهورية العربية السورية بالتعاون مع هيئة تخطيط الدولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان.
- بلان، كمال يوسف (2005): الصحة النفسية، منشورات الإدارة، دمشق.
- بلان، كمال والعاسمي، رياض والشيخ، دعد (2005): الإرشاد النفسي لطفل الروضة، منشورات جامعة دمشق، التعليم المفتوح.
- البلبيسي، عبد الحليم (2006): الإرشاد الجماعي، قسم الإرشاد التربوي والصحة النفسية، مديرية التربية والتعليم للواء الرصيفة، الأردن.
- بيرن، ايريك (1991): الألعاب والناس، ترجمة: وجيه أسعد، دار الفاضل، دمشق.
- بيك، آرون (2000): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، دار الآفاق العربية، القاهرة.
- توق، محيي الدين وعدس، عبد الرحمن (1998): المدخل إلى علم النفس، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان.
- جابر، عبد الحميد جابر (1976): سيكولوجية التعلم ونظريات التعلم، الطبعة الثالثة، دار النهضة العربية القاهرة.

قائمة المراجع

- جبل، فوزي محمد (2000): الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
- جمعة، عبلة بساط (2002): مهارات في التربية النفسية، دار المعرفة، بيروت.
- الجميعة، عبد العزيز (2002): العلاج المعرفي، وزارة الصحة، بيروت.
- حافظ، نبيل عبد الفاتح (2000): صعوبات التعلم والتعلم العلاجي، ط1. القاهرة، دار الفكر العربي.
- الحجار، محمد (2004): تشخيص الأمراض النفسية، ط1، دار النفائس، دمشق.
- حسن، محمود وآخرون (1981): الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، دار المريخ، السعودية.
- حسن، محمود وآخرون (1981): الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، دار المريخ، السعودية.
- حسين، طه عبد العظيم (2008): الإرشاد النفسي(النظرية- التطبيق- التكنولوجيا)، ط2، دار الفكر، عمان.
- حسين، طه عبد العظيم : (2007) العلاج النفسي المعرفي، ط 1، دار الوفاء، مصر.
- الحلبي، حنان خليل (2000): مستوى الطموح ودوره في العلاقات الزوجية دراسة ميدانية في مدينة دمشق، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة دمشق.
- حمصي، أنطون (1986): مدارس علم النفس، الطبعة الأولى، منشورات جامعة دمشق.
- الحنفي، عبد المنعم (1995): المعجم الموسوعي للتحليل النفسي، مكتبة مدبولي، القاهرة
- الخشاب، مصطفى (1987): دراسات في علم الاجتماع العائلي، دار النهضة العربية، بيروت.
- الخطيب، صالح أحمد (2009): الإرشاد النفسي في المدرسة أسسه ونظرياته وتطبيقاته، دار الكتاب الجامعي، العين.

قائمة المراجع

- خلف الله، سليمان (2004): الطفولة المشكلات الرئيسية التعليمية والسلوكية العادية والغير عادية، دار جهينة، عمان.
- خليل، محمد بيومي (1999): سيكولوجية العلاقات الزوجية، دار قباء، القاهرة.
- الداهري، صالح حسن (2000): مبادئ الإرشاد النفسي- التربوي، الطبعة الأولى، دار الكندي، الأردن.
- الداهري، صالح حسن (2008): أساسيات الإرشاد الزواجي والأسري، ط1، دار صفاء، عمان.
- دسوقي، راوية محمود حسين (1986): التوافق الزواجي، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، القاهرة.
- دليل المرشد النفسي (2001): فريق عمل الإرشاد النفسي، المؤسسة العامة للمطبوعات والكتب المدرسية، وزارة التربية، دمشق.
- دويدار، عبد الفتاح (1992): سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والاتجاهات، دار النهضة، بيروت.
- الديب، علي (1994): بحوث في علم النفس،الجزء الأول الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر.
- راجح، أحمد عزت (1964): الأمراض النفسية والعقلية أسبابها، علاجها، آثارها الاجتماعية، دار المعارف، القاهرة.
- رحال، ماريو (1998): مدى فعالية برنامج إرشادي قائم على نظرية العلاج بالمعنى في خفض مستوى العصابية والفراغ الوجودي، رسالة دكتوراة، جامعة عين شمس، مصر.
- رزق، أمينة محمد (2009): نظريات الشخصية، منشورات جامعة دمشق، كلية التربية.
- الرشيدي، بشير صالح (1999): نظرية الاختيار وتطبيقاتها في علم النفس (رؤية تحليلية لمدرسة وليم جلاسر المعاصرة)، منشورات جامعة الكويت، الكويت.

- الرشيدي، بشير والنابلسي، محمد وآخرون (2001): سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، الطبعة الأولى، مكتب الإنماء الاجتماعي، الكويت.
- رضوان، سامر جميل (1999): مستقبل العلاج النفسي، منشورات وزارة الثقافة في الجمهورية العربية السورية، دمشق.
- الرفاعي، نعيم (1982): العيادة النفسية والعلاج النفسي، منشورات جامعة دمشق.
- الريحاني، سليمان (1987): الأفكار اللاعقلانية عند الأردنيين والأمريكيين- دراسة عبر ثقافية لنظرية البرت أليس في العلاج العقلي العاطفي. مجلة دراسات، مجلد 14،عدد(5)، ص: 73- 102، عمان: الجامعة الأردنية.
- الريماوي، محمد عودة وآخرون (2004): علم النفس العام، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمّان، الأردن.
- الزيادي، احمد (1990) مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، عمّان.
- الزراد، فيصل (2005): العلاج النفسي السلوكي الحديث، دار العلم للملايين. بيروت.
- الزراد، محمد فيصل (1984): علاج الأمراض النفسية، دار العلم للملايين، بيروت.
- الزريقات، إبراهيم عبدا لله (2007): تعديل سلوك الأطفال والمراهقين، المفاهيم والتطبيقات، دار الفكر،عمان.
- الزعبي، أحمد محمد : (2003) التوجيه والإرشاد النفسي، ط 1، دار الفكر، دمشق
- الزعبي، أحمد محمد (1994): الإرشاد النفسي نظرياته واتجاهاته ومجالاته، دار الحكمة اليمانية، صنعاء، اليمن.
- الزعبي، أحمد محمد (2002): الإرشاد النفسي (نظرياته- اتجاهاته- مجالاته)، دار زهران، عمان.
- الزعبي، أحمد محمد (2003): التوجيه والإرشاد النفسي، ط1، دار الفكر، دمشق.

قائمة المراجع

- الزعبي، أحمد، محمد (2005): مشكلات الأطفال النفسية السلوكية والدراسية (أسبابها وعلاجها) دار الفكر، دمشق.
- زهران، حامد (1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3، عالم الكتب، القاهرة.
- زهران، حامد عبد السلام (1982): التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب، مصر.
- زهران، حامد عبد السلام (1994): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، الطبعة الثانية، القاهرة.
- الزيود، نادر (1998): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار الفكر للطباعة، عمّان، الأردن.
- الزيود، نادر فهمي (1998):نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار الفكر للنشر، عمّان.
- الساعاتي، سامية حسن (1982): الاختيار للزواج والتغير الاجتماعي، دار النجاح، ط1، بيروت.
- سري، محمد جلال (1990): علم النفس العلاجي، عالم الكتب، القاهرة.
- سعد، علي (2000): علم الشذوذ النفسي، منشورات جامعة دمشق.
- سعد، علي و نعامة، سليم (1993): الشخصية السوية والإنتاج، بلا دار نشر، دمشق.
- السقا، صباح (2005): فاعلية برنامج معرفي – سلوكي لخفض حدة الاكتئاب، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق.
- سلامة، ممدوح محمد (1985): الإرشاد النفسي منظور إنمائي، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة .
- سويف، مصطفى (1996): المخدرات والمجتمع، سلسلة عالم المعرفة العدد (205)، المجلس الوطني للثقافة، الكويت.
- سيلامي، نوربير (2000): المعجم الموسوعي في علم النفس، ترجمة وجيه أسعد، الجزء الثالث، وزارة الثقافة، دمشق.

- سيلامي، نوربير (2001): المعجم الموسوعي في علم النفس، ترجمة وجيه أسعد، الجزء الرابع، وزارة الثقافة، دمشق.
- الشربيني، زكريا احمد ومنصور، عبد المجيد سيد احمد (2001): السلوك الإنساني بين الجبرية والإرادية ومنظور علم النفس المعاصر (المشيئة والاختيار)، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
- شعبان، كامل الفرح وعبد الجبار تيم (1999): مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، ط2، دار الصفاء، عمّان.
- شقير، زينب محمود (2002): علم النفس العيادي والمرضي للأطفال والراشدين، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان.
- شقير، زينب محمود (2005): الشخصية السوية والمضطربة، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- شكشك، أنس عبدو (2009): الأمراض النفسية والعلاج النفسي، دار الشروق، عمّان.
- الشناوي، محمد محروس (1994): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- الشناوي، محمد محروس (1996): العملية الإرشادية، دار غريب،القاهرة.
- الشناوي، محمد محروس و عبد الرحمن، محمد السيد (1998): العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، دار قباء، القاهرة.
- الشيخ حمود، محمد (1999): الإرشاد المدرسي، منشورات جامعة دمشق.
- الشيخ، دعد (1992): مفهوم الذات بين الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة دمشق.
- الشيمي، داليا (2009): كيف نغير سلوكيات أطفالنا، دليل الوالدين والمعلمين إلى تعديل سلوكيات أطفالهم غير المرغوبة، الدار العربية للعلوم، لبنان.
- صادق، عادل (2008): متاعب الزواج، دار الصحوة، القاهرة.
- صبري، كاميل (2007): السعادة الزوجية، دار اليازوري، عمان.

قائمة المراجع

- ضمرة، جلال كايد (2008): الاتجاهات النظرية في الإرشاد، ط 1، دار صفاء، عمان.
- الطيب، محمد عبد الظاهر (1998): مشكلات الأبناء وعلاجها من الجنين إلى المراهق، مطبعة الجمهورية، الاسكندرية، مصر.
- الطيب، محمد عبد الظاهر (1990): تيارات جديدة في العلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
- العاسمي، رياض ورحال، ماريو (2006): الإرشاد النفسي والتربوي، التعليم المفتوح، منشورات جامعة دمشق.
- عاقل، فاخر(1988): معجم العلوم النفسية، دار الرائد العربي، بيروت.
- عباس، فيصل (1996): موسوعة علماء النفس والتربية،معجم أعلام علم النفس والتربية، دار الفكر العربي، بيروت.
- عبد الباقي، سلوى(2001): الإرشاد والتوجيه النفسي للأطفال، مركز الإسكندرية، مصر.
- عبد الرحمن، محمد السيد (1998): نظريات الشخصية، دار قباء، القاهرة.
- عبد الرحمن، محمد السيد (1998): نظريات الشخصية، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة.
- عبد الرحمن، محمد السيد (1999): علم الأمراض النفسية والعقلية، دار قباء، القاهرة.
- عبد العزيز، صالح (1972): الصحة النفسية للحياة الزوجية، النهضة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
- عبد العزيز، مفتاح محمد (2001): علم النفس العلاجي،اتجاهات حديثة، منشورات دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- عبد الفتاح، كاميليا (1990):دراسات سيكولوجية في مستوى الطموح والشخصية، دار نهضة مصر، القاهرة.
- بد الفتاح، كاميليا (1998): سيكولوجيا العلاج الجماعي للأطفال، دار قباء، القاهرة.

- عبد الله، محمد قاسم (2000): الشخصية، دار المكتبي، دمشق.
- عبد الله، محمد قاسم (2001): أمراض الأطفال النفسية، الطبعة الأولى، دار المكتبي، دمشق.
- عبد الله، هشام إبراهيم (2008): العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي- أسس وتطبيقات، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
- العديلي، ناصر محمد(1995): السلوك الإنساني والتنظيمي، معهد الإدارة العامة، الرياض.
- العزة، سعيد حسني وعزت، عبد الهادي (1999): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، الطبعة الثالثة، عمّان.
- العزة، سعيد حسني، (2000): الإرشاد الأسري نظرياته وأساليبه العلاجية، دار الثقافة، عّمان.
- عكاشة، أحمد (1992): الطب النفسي المعاصر، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- علي، حبيب ظاهر (1997): مشاكل الأسرة وطرق حلها، بيروت، لبنان.
- عمر، ماهر محمود (1984): المرشد النفسي المدرسي، دار النهضة العربية، القاهرة.
- عمر، ماهر محمود (1992): المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية.
- العيسوي، عبد الرحمن (1990): الإرشاد النفسي، دار الفكر الجامعي، القاهرة.
- العيسوي، عبد الرحمن- النابلسي، محمد (1998): العلاج الطبي النفسي، الطبعة الأولى، الشركة العالمية للكتاب، بيروت.
- غراوه و آخرون (1999): مستقبل العلاج النفسي، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة.
- غنيم، سيد محمود (1987): سيكولوجية الشخصية، دار النهضة، القاهرة.
- الفتلاوي، سهيلة (2005): تعديل السلوك في التدريس،ط1، دار الشروق، عمان.

- فرانكل، فيكتور (1982): بحث الإنسان عن المعنى، ترجمة: طلعت منصور، دار القلم، الكويت.
- فرانكل، فيكتور (1998): إرادة المعنى، أسس وتطبيقات العلاج بالمعنى، ترجمة: إيمان فوزي، دار زهراء الشرق، القاهرة.
- فطيم، لطفي (1993): العلاج النفسي الجمعي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- فهمي، مصطفى (1987): دراسات في سيكولوجية التكيف، مكتبة الخانجي، ط2، القاهرة.
- قاسم، انس محمد (1998): أطفال بلا أسر، الطبعة الأولى، مركز الاسكندرية للكتاب، القاهرة.
- القذافي، رمضان (1993): الشخصية، نظرياتها واختباراتها وأساليب قياسها، منشورات الجامعة المفتوحة، بنغازي، الجماهيرية الليبية.
- القذافي، محمد رمضان (1997): التوجيه والارشاد النفسي، الطبعة الأولى، دار الجيل، بيروت.
- كاتبي، محمد عزت عربي (2004): تسلط الزوج وأثره في التوافق الزواجي، دراسة ميدانية في مدينة دمشق، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة دمشق.
- الكايند، ديفيد. واينر، إيرفينغ (1996): نمو الطفل من الطفولة المتوسطة إلى نهاية المراهقة، ترجمة: ناظم طحان، منشورات وزارة الثقافة، ج2، دمشق.
- الكفافي، علاء الدين (1999): الإرشاد والعلاج الأسري، دار الفكر، القاهرة.
- الكفافي، علاء الدين(1999): الإرشاد والعلاج النفسي، الأسري من المنظور التقني الاتصالي، حورس للطباعة والنشر، ط2، الكويت.
- كلوس ميسك (2009): العلاج والإرشاد النفسي الأسري، مبدأ ذرائعي، ترجمة سامر جميل رضوان، دار الكتاب الجامعي، فلسطين.
- كمال، علي (1994): العلاج النفسي قديماً وحديثاً، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت.

قائمة المراجع

- لازاروس، أرنولد (2002): العلاج النفسي الشامل الحديث، ترجمة محمد حمدي، ط1، مؤسسة الرسالة، بيروت.
- ماكوري، جون (1982): الوجودية، ترجمة إمام عبد الفتاح إمام، سلسلة عالم المعرفة، العدد 58، الكويت.
- المالكي، موزة عبد الله (2005): مهارات الإرشاد النفسي وتطبيقاته، ط1، المجلس الوطني للثقافة والفنون والتراث، الكويت.
- مبيض، مأمون (1995): المرشد في الأمراض النفسية واضطرابات السلوك،ط1، دمشق.
- محفوظ، نجلاء (1999): الطلاق والمشاكل والحلول، دار النشر المصرية اللبنانية .
- مختار، وفيق صفوت (2001): أبناؤنا وصحتهم النفسية، دار العلوم والثقافة، القاهرة.
- مدن، يوسف (2006): العلاج النفسي وتعديل السلوك الإنساني بطريقة الأضداد، دار الهادي، بيروت.
- مرسي، كمال (1995): العلاقة الزوجية والصحة النفسية، دار القلم، ط2، الكويت.
- المطوع، جاسم محمد (2003): المشاكل الزوجية وفن احتوائها، ط2، دار اقرأ، عمان.
- المغربي، سعد (1984): ظاهرة تعاطي الحشيش، ط1، دار الراتب، القاهرة.
- مليكة، لويس كامل (1994): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، ط2، دار الفجر، القاهرة.
- منسي، حسن (2004): التوجيه والإرشاد النفسي ونظرياته، دار الكندي، عمان، الأردن.
- منصور،علي (2001): التعلم ونظرياته، الطبعة الثالثة، منشورات جامعة دمشق.

قائمة المراجع

- موستاكس، كلارك (1974): علاج الأطفال باللعب، ترجمة عبد الرحمن سيد سليمان، القاهرة.
- موسوعة علم النفس الشاملة (1999): مجموعة مؤلفين، المجلد السادس.
- موسى، فاروق عبد الفتاح علي (1985): أسس السلوك الإنساني، عالم الكتب، الرياض.
- موسى، رشاد (2001): أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط1، مؤسسة المختار، القاهرة.
- النابلسي، محمد أحمد (1991): مبادئ العلاج النفسي ومدارسه، الجزء الثاني، دار النهضة العربية، بيروت.
- نادر، نبال (2006): تحقيق الطموح، دار اليوسف، ط1، بيروت.
- نصار، كريستين (1998): اتجاهات معاصرة في العلاج النفسي، شركة المطبوعات للتوزيع والنشر، دمشق.
- نعامة، سليم (1985): سيكولوجيا الانحراف، ط1، مكتب الخدمات الطباعية، دمشق.
- النعيم، عبد الحميد احمد (2008): أسس التوجيه والإرشاد النفسي، مركز التنمية الأسرية، جامعة الملك فيصل، السعودية.
- هاريس، آمي توماس (1991): أنا بخير- أنت بخير، ترجمة: لجنة الترجمة في دار الفاضل، دمشق.
- الهاشمي، عبد الرحمن (1986): التوجيه والإرشاد النفسي، دار الشروق، جدة.
- هول، ك- ليندزي، ج (1978): نظريات الشخصية، ترجمة: فرج أحمد فرج وزملاؤه، مراجعة: د.لويس مليكة، دار الشايع، القاهرة.
- الهيل، أمينة إبراهيم (1996): دراسة لبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالتوافق الزواجي لدى المرأة القطرية، جامعة عين شمس، مصر.
- ياسين، عطوف محمود (1981): علم النفس العيادي، قسم (1) ط1 دار العلم للملايين، بيروت.

- يوسف، سيد جمعة (2000): الاضطرابات السلوكية وعلاجها، دار غريب، القاهرة.
- يوسف، سيد جمعة (2001): النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، مراجعة نقدية، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.
- يوسف، عصام (2006): التوجيه التربوي والإرشاد النفسي، دار أسامة، الأردن.

المراجع الأجنبية:

- American Psychiatric Association (2000): Manual Of Mental Disorder, DSM-IV TR, Washington DC.
- Berne, E. (1964): Games People Ply, The Psychology of human Relationships. New York. Grove Press.
- Burks, H.M. & Stefflre, B.(1979): Theories Of Couneling (3rd ed),) New York: McGraw-Hill.
- Carlson and his fellows, Neil (2000): Psychology- The science of behavior , Allyn and Bacon , London.
- Cloninger, Susanc (2000): Theories of Personality. 3d, Prentice. hallgupper- saddleriver, New jersey.
- Colledge, Ray: Counseling Theory, j Palgrave Macmillan
- Defrain, John & Olson, David (1994): Family and Marriage, May field publishing company, USA.
- Doherty, W.J & Baptiste, D.A (1993): Family therapy theory , New York, USA.
- Dzurillo,T & Goldfried,M (1971):Problem solving and behavior modification. Journal of Abnormal psychology,
- Ellis, A. (1985): Emotional Disturbance in a Nutshell, NY, Institute of Rational Emotive Therapy. Garl Rogers on Encounter Groups. New York.
- Ellis, A. (1994): How to keep people from pushing your buttons, NY , Institute of Rational Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1996): MY Philosophy of Psychotherapy, NY, Institute of Rational Emotive Therapy.
- Frankl, V. E.(1963), Mans search for meaning (rev. ed.). New York: Washington Square Press.
- Glasser, W. (1984): Control Theory, A New Explanation of How we Control our Lives. New York. Harper & Row Publisher.
- Glasser, W. (1965): Reality Therapy, New York, Harper & Row.

- James, Richard and others (1986): Counseling Theory and process, Jr: 4th , allyn and Bacon , London.
- Jones, R. N.(1996): The Theory and Practice of Counseling Psychology. London: Holt, Rinehart & Winston.
- Lines, Richard (1996): The Theory and practice of counseling 2nd Edition, Cassel, New York.
- May, J (1977): Psychophysiology of self-regulated thoughts. Behavior therapy.
- Meichenbaum, D.(1977): Cognitive Behavior Modification: An Integrative Approach, New York, Plenum.
- Olson, H. David- Defrain John (1994): Family and Marriage, May field publishing company, USA.
- Palmer, Stephen, (2000): In Introduction To Counseling And Psychotherapy. First Published, Sage Publications, New Delhi .
- Patterson, C.H. (1986): Theories Of Counseling And Psychotherapy, (4th ed), Harper And Row, New York.
- Pepinsky. P. Harold, (2005): Counseling theory and practice , Jr 1st , Sydney.
- Rcarlson, Nell, (2000): Psychology The Science Of Behavior. Allen and Bacon. London .
- Written, detrains john (1994): Marriage And The Family, London, Mayfield.

نظريات الإرشاد والعلاج النفسي





الأردن - عمان - وسط البلد - ش. الملك حسين - مجمع الفحيص التجاري
هاتف : 96264646208+ فاكس : 96264646470+

الأردن - عمان - مرج الحمام - شارع الكنيسة - مقابل كلية القدس
هاتف : 96265713906+ فاكس : 96265713907+
جوال : 00962-797896091

info@al-esar.com - www.al-esar.com


دار الاعصار العلمي


9 789957 586638